

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

PAVLÍNA HUBÍKOVÁ

5. ročník – prezenční studium

Obor: Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika

**KVALITA ŽIVOTA OSOB S LEHKOU A STŘEDNĚ
TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ V REGIONU
UHERSKÉ HRADIŠTĚ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, PhD.

Olomouc 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze literárních pramenů a informací, které uvádím v seznamu použité literatury a elektronických zdrojů.

V Olomouci 7. 4. 2011

.....

Pavčina Hubíková

Poděkování

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, PhD., za odborné vedení při zpracování diplomové práce, za její rady, ochotu a vstřícné jednání. Dále děkuji všem vedoucím pracovníkům Domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří mi umožnili realizaci průzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	7
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA	9
1.1 Vymezení pojmu kvalita života	9
1.2 Historické mezníky pojmu kvalita života.....	10
1.3 Teoretické vymezení kvality života	11
1.4 Dimenze kvality života.....	12
1.5 Měření kvality života	13
1.5.1 Principy měření kvality života	15
1.5.2 Vlastnosti měřících technik	15
1.6 Přehled nástrojů měření.....	17
1.6.1 Rozdělení nástrojů měření podle objektivnosti	17
1.6.2 Rozdělení nástrojů měření podle jejich zaměření.....	19
2 OSOBA S LEHKOU A STŘEDNĚ TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ ...	20
2.1 Četnost mentální retardace v populaci	21
2.2 Historická východiska pojmu mentální retardace.....	21
2.3 Vymezení pojmu mentální retardace	23
2.4 Etiologie mentální retardace	26
2.5 Specifika osobnosti člověka s mentální retardací	28
2.5.1 Osoba s lehkou mentální retardací (IQ 50 – 69).....	32
2.5.2 Osoba se středně těžkou mentální retardací (IQ 35 – 49)	33
2.6 Psychologická charakteristika osob s mentální retardací	34
2.7 Diagnostika osob s mentální retardací	36
2.8 Sociální integrace osob s postižením	39
3 REGION UHERSKOHRADIŠŤSKO VE VZTAHU K LIDEM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	41
3.1 Sociální a jiné služby pro osoby se zdravotním postižením	43

PRAKTICKÁ ČÁST

4	METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA	48
4.1	Cíle šetření.....	48
4.2	Metody šetření	48
4.3	Charakteristika průzkumného souboru a průběhu šetření	51
4.4	Charakteristika místa šetření.....	51
4.4.1	Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince	52
4.4.2	Domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory Kunovice – Cihlářská.....	53
4.4.3	Domov pro osoby se zdravotním postižením – Staré Město	53
4.4.4	Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská	54
4.4.5	Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice	54
5	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉHO NA KVALITU ŽIVOTA POHLEDEM OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	55
5.1	Základní údaje o respondentech.....	56
5.2	Pohled na zdraví respondentů	60
5.3	Úroveň soběstačnosti respondentů.....	64
5.4	Bydlení respondentů.....	67
5.5	Vzdělání respondentů	69
5.6	Vztahy respondentů.....	73
5.7	Volný čas v životě respondentů	78
5.8	Zaměstnání respondentů.....	82
5.9	Služby z pohledu respondentů	84
5.10	Spokojenost respondentů s jednotlivými oblastmi života	86
6	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉHO NA KVALITU ŽIVOTA UŽIVATELŮ POHLEDEM ZAMĚSTNANCŮ	91
6.1	Zdraví a soběstačnost osob s mentálním postižením	91
6.2	Bydlení osob s mentálním postižením	94
6.3	Vzdělání osob s mentálním postižením.....	95
6.4	Vztahy osob s mentálním postižením.....	96
6.5	Volný čas osob s mentálním postižením	100
6.6	Zaměstnání osob s mentálním postižením.....	101

6.7	Služby poskytované osobám s mentálním postižením.....	103
6.8	Závěry šetření	105
ZÁVĚR		108
Seznam použité literatury		110
Elektronické zdroje		112
Seznam grafů		113
Seznam tabulek		114
Seznam příloh		115
ANOTACE		

ÚVOD

„Víš, kamaráde, směr větru se mně asi změnit nepodaří, ale docela jistě můžu nastavit plachty tak, abych se dostal, kam chci“

Jimmy Dean

Život člověka je každodenně propleten lidským setkáváním. Stejně tak, jak různorodá jsou tato setkávání, mohou být různorodí lidé, se kterými udržujeme kontakt buď jen na malý okamžik. Hovoříme o lidech pocházejících z jiných zemí, o lidech odlišujících se etnicky a v neposlední řadě o lidech, jejichž život není zcela snadným, o lidech s handicapem. Neměli bychom zapomínat, že lidé s postižením mají stejná práva jako ostatní. Nejsou zcela odlišnými, pouze ke svému životu potřebují jistou míru podpory, aby se jim stal stejně plnohodnotným.

Lidé bez postižení touží ve svém životě po dosažení mnoha stanovených cílů. Lidé s mentálním postižením nejsou jiní, jejich směřování je stejné, ovšem často to bez podpory druhých není možné. Tato podpora může nabývat mnoha rozměrů. Některým stačí pouze slovo, jiným je třeba být nápomocným při naplňování základních potřeb. Jedním z pomyslných cílů může být spokojenost se životem, které ovšem nelze dosáhnout bez vlastní snahy každého z nás. Lidé s postižením by měli vědět o svých možnostech, o všem, co přispívá, ať už velkou či malou měrou, ke kvalitnímu životu.

A právě kvalita života je také tématem mé diplomové práce. Toto téma jsem si zvolila na základě skutečnosti, že lidé s postižením tvoří velkou součást našeho města. V místě mého bydliště se nachází dva domovy pro osoby se zdravotním postižením. Jejich uživatele potkávám běžně na ulici nebo na společenských akcích pořádaných našim městem.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je dělena do tří kapitol. V úvodu se zabývá vymezením pojmu kvalita života, jejími dimenzemi či principy měření. Pojednáno je také o lidech s postižením, vymezen je pojem mentální retardace doplněný o historická východiska, blíže je charakterizována osoba s lehkou

a středně těžkou mentální retardací s jejími specifiky a psychologickými zvláštnostmi. Poslední kapitola teoretické části je věnována regionu Uherskohradištska ve vztahu k lidem s mentálním postižením.

Praktická část diplomové práce je členěna na tři kapitoly. Jejím cílem je přiblížit kvalitu života osob s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Zjišťována byla především spokojenost uživatelů s jednotlivými oblastmi života, která byla doplněna informacemi získanými od zaměstnanců vybraných zařízení. Na závěr práce jsme získané výsledky porovnali.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je dělena do tří hlavních kapitol. První kapitola pojednává o kvalitě života, zabývá se jak teoretickým vymezením, tak měřením. Druhá kapitola je věnována osobě s lehkou a středně těžkou mentální retardací, je vymezen pojem mentální retardace, podrobněji jsou rozebrána specifika a psychologická stránka osob s postižením. Třetí kapitola se zabývá regionem Uherského Hradiště ve vztahu k lidem s mentálním postižením.

1 KVALITA ŽIVOTA

Definovat kvalitu života není zcela snadné. Z obecného hlediska jde o subjektivní posouzení vlastní životní situace. Každý člověk přichází na svět jako jedinečná bytost, která se vyvíjí po celý život. To, co jeden pokládá za kvalitní, nemusí u druhého znamenat totéž. Kvalitu života ovlivňuje celá řada faktorů, které jsou ve vzájemné součinnosti. Zahrnuje psychický, fyzický i sociální stav jedince.

1.1 Vymezení pojmu kvalita života

Pojem kvalita života je dle Stručného psychologického slovníku z roku 2004 definován jako „*vyjádření pocitu životního štěstí; ke znakům patří soběstačnost, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie*“ (Hartl, 2004, s. 121).

Shodnou definici nalézáme ve Velkém psychologickém slovníku vydaném v roce 2010. Autor ovšem toto vymezení rozšířil o oblast sociologie a lékařství. „*V sociologii jde o pocity a životní úroveň speciálních skupin, jako jsou lidé staří, příslušníci etnických a jiných minorit. V lékařství: na jaké úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami, jako je bronchiální astma, Parkinsonova nemoc, kardiovaskulární a geriatrické choroby a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody; kvalitu života především ve stáří zvyšují plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl.*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 277)

1.2 Historické mezníky pojmu kvalita života

Pojem kvalita života (quality of life – QOL) má svou historii. Podle Kinneyho (in Štefflová, 2001) ho můžeme nalézt již v římské a řecké mytologii, kdy byl spojován s osobnostmi Asclepia, Aesculapa aj. Do psychologie byl zaveden Thorndikem ve 30. letech 20. století. (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006)

„Pojem „kvalita života“ byl poprvé zmíněn Pigou v roce 1920 v práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Nezaznamenal však ohlas a daný pojem byl znovu objeven až po druhé světové válce.“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 85) V 60. letech byl zaveden do politiky J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem. Hlavním význam pojmu spočíval ve změně image USA (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006).

Evropa zná pojem kvalita života z programu Římského klubu, nevládní organizace založené v roce 1968 ve Švýcarsku. *„Kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzovala zbrojení, vyzývala k potlačení hrozby, jaderné války a hledala prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. Zaměřovala se na zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života.“* (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 86)

70. léta charakterizuje vydávání mnoha publikací, které definovaly pojem kvalita života. V roce 1974 začal vycházet v USA a Nizozemí časopis „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006).

W. Forrester jako první vymezil faktory mající vliv na kvalitu života. Jsou jimi *„zabezpečení potravinami; finance; zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; stav růstu počtu obyvatel“* (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 86). Forresterovo vymezení bylo upřesněno a rozšířeno OSN v roce 1961, kdy bylo přijato 12 faktorů, které OSN označila jako „podmínky života“ – *„stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda.“* (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 86)

„Největším problémem měření QOL je již od 70. let nejednotnost ve stanovení indikátorů a volba nejvhodnějšího měřicího nástroje. V současnosti se odborníci shodují, že vymezení pojmu kvalita života závisí na účelu měření QOL.“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 86)

1.3 Teoretické vymezení kvality života

Pojem kvalita života se stává v posledních letech přední záležitostí mnoha vědních oborů, jako je medicína, psychologie, sociologie, filozofie a další. Každý z těchto oborů pohlíží na kvalitu života z jiného úhlu.

Sociologické hledisko chápe kvalitu života jako pojem, který je historicky a kulturně podmíněný (Křížová, 2005 in Payne a kol., 2005). Psychologie pod pojmem kvalita života shrnuje spokojenost se životem a prožívanou subjektivní pohodu. Subjektivní pohoda má rozměr jak kognitivní, tak emocionální. Při kognitivní dimenzi jde o racionální hodnocení vlastního života, tedy o spokojenost či nespokojenost, měřenou např. Škálou spokojenosti se životem. Emoční dimenze zahrnuje citový prožitek, který se měří pomocí škály výskytu kladných a záporných emocí (Hnilicová, 2005 in Payne a kol., 2005). V medicíně je kladem důraz na „*preferenci pacientů, jejich vnímání vlastního zdraví a dopadu léčby*“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 87).

Zannotti (in Štefflová, 2001), autor dotazníku SQUALA, považuje kvalitu života jako „*veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.*“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 86)

Světová zdravotnická organizace (dále WHO) definuje kvalitu života jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2006 in Pipeková, 2006, s. 87)

Kirby (1997, in Mühlpachr, Vaňurová in Pipeková, 2006, s. 87) vymezuje QOL jako „*stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. QOL je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.*“

Křížová (2005 in Payne a kol., 2005, s. 221) v publikaci Kvalita života a zdraví zmiňuje, že „*kvalita života je podle Hofstedeho (1984) především záležitostí hodnot. Ty sice částečně závisejí na osobní volbě, ale to, co je posuzováno jako dobré či špatné, je ve značné míře bezprostředně diktováno kulturou a společností.*“ Lidé žijící v různých zemích, tedy považují za kvalitní život vždy něco jiného.

1.4 Dimenze kvality života

Na termín kvalita života pohlížíme ze dvou dimenzí, objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života má úzkou souvislost s lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita je spojena se „*splněním požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví*“ (Centrum pro výzkum kvality života, Dánsko, 2002 in Payne a kol., 2005, s. 207).

Světová zdravotnická organizace uvádí, že kvalita života „*vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince*“ (Hnilicová, 2005 in Payne a kol., 2005, s. 208).

Mühlpachr a Vaňurová (2005, in Pipeková, 2005, s. 88) chápou dimenze kvality života následovně:

„Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.“ (Vymětal, 2003, s. 198 - 199 in Mühlpachr, Vaňurová, 2005 in Pipeková, 2005, s. 88)

Někteří autoři nepřístupují ke kvalitě života pouze z hlediska objektivního a subjektivního. Zaměřují se na vnitřní a vnější činitele, kteří mají vliv na jedincův plnohodnotný život. Jedním z nich je i Jesenský (2000), který uvádí, že kvality života tvoří širokou oblast činitelů umožňující handicapovanému jedinci žít v lidské společnosti. Tyto činitele dělí na:

- *„vnitřní – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či efektivitami. Mezi vnitřní činitele patří všechny aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného;*
- *vnější – představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně-technické faktory.“* (Jesenský, 2000, s. 81)

Světová zdravotnická organizace rozlišuje čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- **„fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.,
- **psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.,
- **sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.,
- **prostředí** – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima atp.)“

Ze shodného teoretického vymezení QOL vychází i *QOL Research Unit* v Torontu. Zdůrazňovány jsou jedincovy „fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí. Koncept je složen ze tří oblastí života – existence, sounáležitosti a adaptability.“ (Mühlpachr, Vaňurová, 2005 in Pipeková, 2005, s. 89)

Balcar (1995 in Payne a kol., 2005) uvádí, že kvalita života je pojem multidimenzionální. Pro zjištění kvality života je nutné tyto dimenze určit. Tělesná dimenze odkazuje na zdraví člověka. Duševní či prožitková dimenze souvisí s prožívanou slastí, která může být označována pojmem štěstí. Dimenze duchovní se vztahuje ke smyslu vlastního života.

1.5 Měření kvality života

Jedním z ukazatelů současného světa je stárnutí populace. Jeho důsledkem je narůstající procento chronicky nemocných. V péči o nemocné můžeme zaznamenat značné pokroky. Důraz je kladen především na pacienta. Dochází tak k odklonu od pouhého sledování projevů nemoci, dále spatřujeme tendence zlepšení kvality života a v neposlední řadě také odklon od objektivních měřítek k subjektivním ukazatelům (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

„Kirby (1997 in Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 425) poukazuje na to, že kvalita života může být měřena ze tří perspektiv:

- *objektivní měření sociálních ukazatelů,*
- *subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem,*
- *subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi“* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 39).

Ukazatele jako je bezpečnost, vzdělání, stabilita atd. jsou spíš určeny k účelům měření kolektivní kvality života než pro jednotlivce. Celkovou spokojenost Kirby považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, které se jedinec jejich prostřednictvím snaží naplnit. Do kvality života nezahrnuje životní úroveň samu o sobě, ale spokojenost se životní úrovní (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Kriteria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera:

- *„pracovní schopnost pacienta,*
- *fyziická nezávislost pacienta na druhých lidech (cizí pomoci),*
- *finanční situace pacienta,*
- *způsob trávení volného času pacienta,*
- *bolesti pacienta,*
- *nepohodlí daného pacienta,*
- *nálada pacienta,*
- *vědomí pacienta o následcích jeho nemoci,*
- *komunikace pacienta s okolím,*
- *vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou)“* (Spitzer, 1981 in Payne a kol., 2005, s. 286).

Způsob hodnocení kvality života vykazuje v mnohých případech rozdíly v tom, jak kvalitu hodnotí lékař a jak ji hodnotí sám pacient.

1.5.1 Principy měření kvality života

Měření je explicitní, organizovaný plán pro klasifikaci a hodnocení dat v rámci základního konceptu. Rozumíme jím proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Obvykle je prováděno na těchto úrovních:

- a) *„poměrová*
- b) *intervalová – rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné*
- c) *ordinální – proměnné mohou být seřazeny*
- d) *nominální – proměnné mohou být pouze vyjmenovány, nejslabší.“*

„Škála je soubor symbolů nebo číslic, které jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince.“

K hodnotícím stupnicím náleží:

- *oddělené odpovědi – výborný – dobrý – průměrný – špatný*
- *LIKERT stupnice – popisy názorů pro určení stupně souhlasu nebo nesouhlasu se sérií tvrzení*
- *vizuální analogie – používá škálu se slovy v extrémech*
- *adjektivní – kontinuum odpovědí na škále. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 40)*

Pro měření kvality života se užívá několika různých hodnotících stupnic. Uvedený výčet není komplexní.

1.5.2 Vlastnosti měřících technik

Nezbytnou součástí měření je používání pravidel pro přiřazování čísel jednotlivým rysům a objektům.

Náležitosti měření kvality života:

- *reliabilita,*
- *validita,*
- *citlivost.*

➤ **Reliabilita**

Švédské země reliabilitou nástroje rozumí rozmezí, v němž nástroj nebo procedura měření vykazuje totožné výsledky při opakovaných měřeních. Reliabilita může také určovat stupeň přesnosti. Reliabilní měření maximalizuje „skutečné skóre“ a minimalizuje chybu.

„Reliabilita techniky měření je míra, do níž měření poskytuje konsistentní reprodukovatelné odhady toho, co je považováno za základní pravdivé skóre. Umožňuje tak zkoumání příčin odlišností v hodnotách, včetně odchylek vzniklých na základě chyby měření. Reliabilita může být hodnocena použitím několika různých pokusných projektů. Každý z nich je zaměřen na zkoumání míry zavinění konkrétních příčin na chybě měření.“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 43)

- **Test – reset reliabilita** – poskytuje informace o spolehlivosti za předpokladu, že se kvalita života zkoumané osoby nezměnila
- **Reliabilita vnitřní struktury** – stupeň stejnorodosti jednotlivých článků nástroje nebo hodnocení
- **Reliabilita oddělených polovin** – složky jsou náhodně rozděleny na dvě poloviny a je počítána korelace, vycházející z každé z nich. (Vařurová, Mühlpachr, 2005)

➤ **Validita**

Svoboda (a kol., 2001, in Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 45) vymezuje validitu jako „nejdůležitější psychometrický ukazatel, platnost testu, která vypovídá o jeho praktické užitečnosti a udává, zda test skutečně měří zamýšlený konstrukt. Validita je tedy korelací mezi testem a vnějším kritériem.“

Hlavní typy validity:

- zjevná – *Zdá se, že nástroj měří daný koncept?*
- obsahová – *Jsou jednotlivé složky nástroje adekvátní a reprezentativní pro daný koncept?*
- kritérium – *Má měření nějaký vztah k jiným měřením toho samého konceptu nebo fenoménu?*

- souběžná – *Existuje korelace mezi dvěma měřeními stejného konceptu ve stejném čase?*
- predikční – *Existuje korelace mezi měřením a dalším budoucím měřením stejného nebo podobného konceptu?*
- konstruktová – *Je zkoumaný konstrukt daným nástrojem měřen adekvátně?*

„Americká asociace uvádí, že validita nevypovídá o daném nástroji měření, ale o tom, zda dané interpretace hodnot jsou dobře podloženy.“ Důležité je stanovit validitu každého závěru. (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 46)

➤ Citlivost

„Citlivostí rozumíme velikost změny naměřených hodnot, závislých na změně kvality života v časovém rozmezí u stejného jedince nebo mezi jedinci či skupinami.“ Zjišťovat ji můžeme pomocí pokusných projektů či longitudinálním měřením (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 49).

1.6 Přehled nástrojů měření

Kvalita života může být měřena množstvím metod. Jedním z hlavních kritérií je volba účelu, pro který byl daný instrument vytvořen. Z obecného hlediska dělíme nástroje měření na obecné a specifické.

„Obecné nástroje měření QOL zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví, které jsou koncipovány jako dotazníky zjišťující nejdůležitější aspekty QOL jedince“. Lze jej užít pro osoby s různým zdravotním stavem nebo druhem nemoci.

„Specifické nástroje měření QOL se zaměřují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření. Tyto mohou být specifické pro danou nemoc, populaci, schopnost, podmínky.“ (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 52)

1.6.1 Rozdělení nástrojů měření podle objektivnosti

Křivohlavý (2001 in Vad'urová, Mühlpachr, 2005) dělí metody měření QOL následovně:

- **objektivní** – kvalita života je hodnocena druhou osobou
- **subjektivní** – hodnotitelem je sama daná osoba
- **smíšené** – kombinace metod výše uvedených.

Objektivní metody měření kvality života

K objektivním metodám řadíme *APACHE II.*, která se snaží zachytit stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. *PSI (performance status index) - Karnofský index*, kterým vyslovuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta procentuálně. *VAS (visual analogous scale)* využívá k hodnocení kvality života stupnici VAS – QL s označenými dvěma extrémy (velmi špatný, velmi dobrý). Dále může být kvalita života zachycena pomocí série křížků či slovním vyjádřením (Payne a kol., 2005, s. 282 – 285).

Subjektivní metody měření kvality života

Mezi subjektivní metody jsou řazeny metoda *SEIQoL*, *SEIQoL-DW*, *LQoLP* a dotazník *SQUALA*. Základem metody *SEIQoL* je strukturovaný rozhovor. Dotazovaná osoba má uvést pět životních cílů, které ona sama řadí v dané situaci k nejdůležitějším. V rámci metody *SEIQoL-WD* respondenti také označují ty oblasti života, které považují za nejdůležitější. Hodnotí se jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s oblastí. Nástroj měření *LQoLP* obsahuje 105 položek. Jde o strukturovaný sebesuzující rozhovor, který je zaznamenán školeným tazatelem. Umožňuje i hodnocení oblastí jakou jsou pozitivní a negativní city, sebehodnotící stupnice, měření obecné spokojenosti, stupnice kvality života a vnímání skóre kvality života. Dotazník *SQUALA*, vytvořený Zannottim, je sebesuzujícím dotazníkem, který je sestaven podle jasných metodologických pravidel. Vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. Obsahuje 23 oblastí související s realitou každodenního života.

Smíšené metody měření kvality života

Za smíšenou metodu je považována *MANSA*, zaměřena na zjišťování spokojenosti v oblastech zdravotního stavu, sebezpečí, sociálních vztahů, náboženství,.... a metoda

LSS (Škála životního uspokojení), která hodnotí celkovou spokojenost se životem a řadu dalších dimenzí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 53 – 64).

1.6.2 Rozdělení nástrojů měření podle jejich zaměření

Nástroje pro měření funkčního stavu

Mezi metody, prostřednictvím kterých dochází k hodnocení schopnosti osoby vykonávat každodenní činnosti, řadíme *The Index of Activities of Daily Living (ADL)*, ve kterém jsou položky hodnoceny pomocí třístupňové škály nezávislosti, *The Quality of Well-Being Scale (QWBS)*, zde položky rozhovoru sledují průzkum zdraví a sociální péče.

Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví (HRQOL)

K měření zdraví slouží nástroje Světové zdravotnické organizace *WHOQOL-100* a *WHOQOL-BREF*. První z uvedených dotazníků obsahuje 100 položek, kdy každá z nich je hodnocena na pětibodové stupnici. Zahrnuje šest obecných oblastí kvality života a 24 aspektů. Dotazník *WHOQOL-BREF* obsahuje 2 témata týkající se obecné kvality života a zdraví. Z dalších nástrojů měření je *MOS Core Measures*, který hodnotí fungování a pohodu, vycházející z fyzického a psychického zdraví. *Dotazník SF-36* obsahuje měření změny zdravotního stavu vnímané pacientem. *The EuroQol Instrument – EQ-5D* slouží pro měření výsledků zdravotní péče, použitelný pro širokou škálu zdravotních stavů a léčebných postupů. Dále jsou to nástroje *The Sickness Impact Profile (SIP)* a *Nottingham Health Profile (NHP)* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 64 – 77).

Nástroje pro měření psychické pohody

Psychickou pohodu lze měřit velkým množstvím nástrojů. Jsou využívány především ke zjišťování obvyklých psychiatrických poruch jako je úzkost/deprese, demence a zmatenost. K užívaným nástrojům patří *Hamilton Depression Scale*, *Hospital Anxiety*

and Depression Scale (HAD), The Symptoms of Depression and Anxiety Scale (SAD), The General Health Questionnaire (GHQ), The Mental Status Questionnaire (MSQ).

Česká republika je spojena se jménem Evy Dragomirecké, která se zabývá významem, dimenzemi a měřením kvality života u psychiatrických pacientů.

Nástroje zaměřující se na sociální síť a sociální podporu

Měření sociální sítě a sociální podpory je problematické. Důvodem je neadekvátní konceptualizace a operacionalizace sociální podpory. K nástrojům měření jsou využívány např. Social Support Questionnaire, The Family Relationship Index (FRI) nebo The Social Network Scale (SNS).

Nástroje měřící životní spokojenost a morálku

Měření spokojenosti je čistě subjektivní. Metodologickým problémem se jeví nedostatečné používání termínu *šťěstí, životní spokojenost a morálka*. Pro hodnocení této oblasti jsou používány nástroje jako je např. Life Satisfaction A (LSIA) a The Affect-Balance Scale (ABS) (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 66 – 82).

Kvalitu života jak u osob se specifickými potřebami, tak u běžné populace můžeme v současnosti měřit množstvím nástrojů. Je však třeba, aby zvolený nástroj byl modifikován pro potřeby cílové skupiny a cíle daného výzkumu.

2 OSOBA S LEHKOU A STŘEDNĚ TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Psychologický slovník z roku 2000 rozumí pod pojmem osoba jednotlivého člověka jako příslušníka druhu homo sapiens sapiens, jedince jako psychofyzický celek s vlastním specifickým a jedinečným Já; často záměnně užívaný výraz pro osobnost (Geist, 2000). Stručný psychologický slovník, vycházející o čtyři léta později, vymezuje osobu jako lidského jedince se stránkami tělesnými i duševními, na rozdíl od osobnosti (Hartl, 2004). Stejnou definici osoby použil Hartl ve svém Velkém psychologickém slovníku v roce 2010.

2.1 Četnost mentální retardace v populaci

Procento osob s mentální retardací můžeme určovat spíše odhadem. Zpravidla se hovoří o 3 – 4 % populace. „Valenta a Müller (2003 in Lečbych, 2008) uvádějí, že osob s lehkou mentální retardací je v populaci přibližně 2,6 %, středně těžká mentální retardace se vyskytuje u cca 0,4 %, těžká u 0,3 % a hluboká u 0,2 % osob populace“ (Lečbych, 2008, s. 24). Nejčastěji se tedy vyskytuje lehká mentální retardace, vyšší procento výskytu je zaznamenáno u dětí než u dospělých.

Četnost výskytu mentální retardace v populaci stoupá, podíl na tom má zlepšující se lékařská péče o novorozence, kteří by v minulých dobách bez kvalitní lékařské péče zemřeli (Švarcová, 2003 in Lečbych, 2008). Přispěla také lepší diagnostika a evidence mentální retardace v porovnání s minulostí (Valenta, Müller, 2003 in Lečbych, 2008).

2.2 Historická východiska pojmu mentální retardace

První známky popisu mentální retardace (dále jen MR) nacházíme v Thébách kolem roku 1500 před Kristem. Staly se jím egyptské svitky, ve kterých se hovoří, v souvislosti s touto problematikou, o postižení těla a mysli způsobené úrazem hlavy a mozku. Antická doba poukazovala na postižení rozumu, smyslů a těla. Řecko se zapsalo do dějin spartskou skálou, ze které byly shazovány děti, jež otec po narození nezvedl z prahu svého domu. Římská civilizace tyto děti topila v řece Tiber. Počátek druhého století po Kristu je spojován s prodejem dětí s postižením kočovným společenstvem pro zábavné účely a pro pobavení.

Středověk pohlíží na duševně postižené jedince dvojím pohledem. Na jedné straně to byli jedinci vyvolení, shlédnutí bohem, na druhé straně se mluvilo o zplozencích d'áblových. Byly zřizovány nalezince, do kterých byly děti s postižením odkládány. John Locke se v roce 1690 ve své publikaci Eseje o lidském rozumu postavil proti učení Reného Descarta. Locke říká, že člověk na svět přichází bez vrozených idejí a jeho mysl je nepopsaná deska (tabula rasa). Z jeho počinů lze také vyzvednout teoretické rozlišení mezi nedostatkem rozumu (slaboduchostí či mentální retardací) a šílenstvím (duševním onemocněním). U osob s mentální retardací lze spatřovat omezenou schopnost ideje spojovat a zdůvodňovat. Z období středověku pochází slovní spojení „lodě bláznů“. Šlo o tzv. „institut péče“ o mentálně a jinak duševně postižené. Pasažéry byli blázni, kteří

na svých lodích pluli za hradby svých měst. Skrývali v sobě i terapeutický cíl, jímž se stala plavba do poutních míst, ve kterých lze věřit v uzdravení.

Na termínu mentální retardace má podíl mj. i případ dvanáctiletého divocha z Aveyronu. Divoch jménem Viktor byl nalezen v lese ve francouzských horách, kde žil mimo kontakt s lidskou civilizací. Dostal se do péče Jean Itarda, ředitele ústavu pro hluchoněmé. Itard se na rozdíl od Pinela domníval, že nejde o nevléčitelného idiota, nýbrž o zdivočelé dítě. Za pomoci speciálních metod zaměřených na rozvoj smyslů, řeči, motoriky a sociálního chování, docílil během pěti let Viktor pokroků. Itard sice nedosáhl všech stanovených výsledků experimentu, ale dokázal, že i mentálního jedince lze dále rozvíjet.

Za „otce psychopedie“ lze považovat lékaře Eduarda Seguina. Vypracoval systém výchovy slabomyslných, který spočíval ve smyslové výchově a rozvoji receptorů. V roce 1876 Seguin založil ve Spojených státech amerických společnost – Asociaci pro intelektové a vývojové postižení.

Z počátku 20. století je nám známo jméno Alfreda Bineta, který se zasloužil o sestavení škály pro měření inteligence. Její význam spočívá v rozlišení míry intelektového nadání a postižení intelektu. Dalším mezníkem v historii mentální retardace je rok 1910. Z tohoto roku pochází klasifikace slabomyslnosti (také oligofrenie), která stanovuje tři stupně mentálního postižení – idiocie, imbecilita, debilita. Díky humanizaci se již od těchto pojmů upustilo.

Mentální retardace, jakožto samotný pojem, se do řad veřejnosti dostává v padesátých letech 20. století. Přestože mentální retardace je mezinárodní terminus technicus, pro mnohé (především západní) odborníky z terénu je již společensky nekorektním (Valenta, Müller, 2009). Z 50. let pochází také dělení mentálního postižení do pěti stupňů. Hraniční pásmo (IQ 67 – 83) lehká mentální retardace (IQ 50 – 60), střední mentální retardace (IQ 33 – 49), těžká mentální retardace (IQ 16 – 32), hluboká mentální retardace (IQ pod 16). K úpravě této klasifikace dochází v 70. letech 20. století. „*Takto upravená klasifikace se stala součástí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) používané v Evropě i Diagnostického a statistického manuálu (DSM – IV) používaného v USA.*“ (Lečbych, 2008, s. 16)

2.3 Vymezení pojmu mentální retardace

Vedle pojmu mentální retardace se v odborných publikacích objevuje pojem mentální postižení. Černá (2008) zmiňuje, že současná česká psychopedie považuje uvedené termíny za synonyma. „*Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace*“ (Černá a kol., 2008, s. 75). „*Někteří autoři považují pojem mentální postižení za širší, než je mentální retardace, neboť do něj zařazují osoby s IQ nižším než 85, což má své uplatnění především v české školní praxi, na rozdíl od mentální retardace s IQ pod 70*“ (Vašek a kol., 1994 in Černá a kol., 2008, s. 75). Novosad uvádí, že postižení je podle Světové zdravotnické organizace definováno jako: „*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou či dysfunkcí orgánů*“ (Novosad, 2000 in Lečbych, 2008, s. 17).

Samotný pojem mentální retardace je odvozen z latinského „**mens**“ (mysl, duše) a „**retardare**“ (opozdit, zpomalit). Slowík však dodává, že mentální retardace je mnohem složitějším postižením, které zasahuje nejenom psychické schopnosti, ale všechny složky lidské osobnosti (Slowík, 2007).

Definici mentální retardace, která klade důraz na stupeň inteligence, vymezuje Ličko. „*MR označujeme stav zastaveného, opožděného nebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence*“ (Ličko, 1957 in Müller, 2001, s. 8). Tato definice byla mnohými autory považována za nedokonalou. Mysliveček (1957) uvádí, že „*vedle IQ musíme posoudit v každém konkrétním případě také ostatní osobnost, např. její přizpůsobivost, poddajnost, zájem, zvědavost, paměť, napodobivost, tékavost apod. Proto v některých případech nám napoví pouhé číslo IQ poměrně málo a nebude pro nás směrodatné*“ (Müller, 2001, s. 8).

Sovák ve svém Nárýsu speciální pedagogiky píše o mentální retardaci jako o „*omezení vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových. Je to souhrn četných a leckdy mnohotvárných příznaků, které mají různé příčiny i rozličný základ patologickoanatomický. Většinou jde o následky hrubšího poškození mozku, vzácněji o jiné příčiny (např. vrozené poruchy látkové výměny aj.)*.“ (Sovák, 1983 in Müller, 2001, s. 8 - 9)

Z roku 1983 pochází definice od Grossmana, který pod pojmem mentální retardace spatřuje „*významně podprůměrné obecně intelektuální fungování (IQ < 70), které buď vede k současnému zhoršení adaptivního chování, nebo je s ním spojené. Projevuje*

se během období vývoje jedince“ (Grossman a kol., 1983 in Emerjon, 2008, s. 12).

Matulay pod označením mentální retardace rozumí „oneskorený, alebo poškodený všeobecný normálny vývin dieťaťa a to zo stránky rozumovej, pričom sa veľmi často vyskytujú pohybové poruchy a narušené je celkové správanie“ (Matulay, 1989, s. 5). Černá (1995) přichází s definicí, že „mentální retardace není nemoc, je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí.“ (Černá a kol., 1995 in Franiok 2008, s. 31)

Vágnerová (1999) ve své Psychopatologii pro pomáhající profese chápe mentální retardaci jako postižení, které je definováno jako „neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován“ (Vágnerová, 1999, s. 146).

Za nejvíce rozšířenou a nevystižnější je považována definice vydána **UNESCO**, která se objevuje již v roce 1983. „Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti“ (Černá, 1995 in Slowík, 2007, s. 110).

Na mentální retardaci můžeme v současné době pohlížet ze tří modelů. Prvním z nich je **limitační model**, který svou pozornost upíná na podprůměrné intelektové schopnosti a adaptační chování, přinášející značné těžkosti. Vymezení tohoto modelu je patrné z definice Krejčířové. „Mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí“ (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 195).

V této souvislosti stanovuje desátá revize **mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN -10 platná od roku 1992) následující stupně mentální retardace, kterými se snažila klasifikaci mentální retardace sjednotit:

- F70 – lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)
- F71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)
- F72 – těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)
- F73 – hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- F78 – jiná mentální retardace (těžké kombinované postižení, závažné poruchy chování, autistické projevy, hodnota IQ nelze spolehlivě určit)

Nevýhodou tohoto modelu je, že vypovídá pouze o rozumové úrovni jedince, avšak o kvalitativní stránce inteligence řeč není.

Dalším z modelů je model **popisný**, který vede k upozornění na negativní vlivy. Jeho úkolem je především jejich předcházení. Negativními vlivy se rozumí tzv. „nálepkování“ („labeling“). Jistým rizikem se může jevit stigmatizace, budování předsudků a zjednodušené vnímání člověka. Všechny tyto faktory ohrožují kvalitu života jedince. Popisný model nenacházíme nikde systematicky zachycen. Lze se s ním shledat v definicích mentální retardace u občanských sdružení a pracovních skupin. Model se snaží zachytit a popsat projevy mentální retardace v každodenním běhu života. *„Osoba s mentální retardací by podle tohoto modelu mohla být popsána jako osoba, která má sníženou schopnost učení a mohou pro ni být obtížné úkoly, jako jsou zacházení s penězi, čtení, psaní, vyjadřování se řečí nebo oblékání. Kvůli ztíženému učení mohou tito lidé postrádat sebevědomí, některé sociální dovednosti a mají potíže přizpůsobovat se změnám“* (Lečbych, 2008, s. 20). Kladem toho modelu je osvětová činnost a zamezení stigmatizaci a předsudkům osob s mentální retardací. Užití pojmu mentální retardace se snaží spíše vyhýbat. Namísto toho hovoří o lidech s mentální retardací. Na prvním místě tedy zdůrazňuje jedinečnost lidské osobnosti.

Nelze opomenout model **ekologický**, který se jeví jako model nejvýhodnější. Mentální retardace je chápána jako dynamická interakce mezi jedincem a prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje (Lečbych, 2008). Huanga stanovuje tři pilíře, které jsou nutné k pochopení osoby s mentální retardací. Kompetence popisují to, co člověk umí, co dokáže a jaké má předpoklady k budoucímu rozvoji. Prostředí stanovuje podmínky, ve kterých osoba s mentální retardací bude žít, pracovat, učit se novým věcem a stýkat se s druhými lidmi. Fungování se zaměřuje na podporu, která je pro osobu s mentální retardací nezbytná k jeho životu. V rámci pilíře fungování jsou rozlišovány čtyři základní stupně podpory – občasná, omezená, rozsáhlá, pervazivní.

Standardizovaná škála pro měření podpory byla vydána v roce 2004 a to Americkou asociací pro mentální retardaci.

2.4 Etiologie mentální retardace

Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá. „U každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda jeho mentální retardace byla způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Důležitou roli hraje i časový faktor, totiž kdy a v jakých souvislostech k mentální retardaci došlo.“ (Černá a kol., 2008, s. 84)

Ve světě vzniklo mnoho klasifikačních systémů založených na etiologii mentální retardace. Jednou z nich je klasifikace podle Penrose z roku 1963, která dělí možné příčiny oligofrenie následujícím způsobem:

Tabulka 1 Klasifikace etiologických faktorů (Černá a kol, 2008, s. 85)

A. Genetické, dědičné (endogenní)	1. dávné	způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků
	2. čerstvé	spontánní mutace
B. Vzniklé vlivem prostředí	1. v raném těhotenství	poškození oplozeného vajíčka
	2. v pozdním těhotenství	intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
	3. intranatální	abnormální porod
	4. postnatální	nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

O dvacet let později, tedy v roce 1983, vzniká klasifikační systém vytvořený AAMR, který podává definici deseti etiologických kategorií:

1. Infekce a intoxikace
2. Trauma a fyzikální faktory
3. Metabolismus a výživa
4. Nemoci mozku

5. Neznámé prenatální vlivy
6. Chromozomální aberace
7. Ostatní okolnosti prenatální období
8. Psychiatrické poruchy
9. Vlivy prostředí
10. Ostatní okolnosti

Každá z těchto kategorií je blíže charakterizována a doplněna příklady.

V roce 2002 byla vytvořena **AAMR klasifikace**, která usuzuje na časový faktor a dělí etiologii mentální retardace podle doby vzniku na příčiny pre-, peri-, a postnatální.

Tabulka 2 Etiologie mentální retardace (Černá a kol., 2008, s. 87)

A. Prenatální	chromozomální aberace, metabolické a výživové poruchy, infekce matky, podmínky prostředí, neznáme
B. Perinatální	neonatální komplikace
C. Postnatální	infekce, otravy, intoxikace, faktory prostředí, onemocnění mozku

Texty věnující se etiologii mentální retardace nacházíme i v českých publikacích. Švarcová říká, že příčinou mentální retardace je „*organické poškození mozku v důsledku strukturálního poškození nebo v důsledku abnormálního vývoje*“ (Švarcová, 2003, s. 24).

Příčiny vedoucí k mentální retardaci mohou být různě kategorizovány. Hovoříme o příčinách vrozených, získaných, exogenních či endogenních (Valenta, Müller, 2008). Lečbách zmiňuje pět možných příčin, které vedou k mentální retardaci.

- I. Variace normálního rozložení četnosti, kdy určité procento populace spadá do pásma mentální retardace dle Gaussovy křivky.
- II. Vlivy genetické, do kterých spadá mentální retardace na podkladě vrozených poruch metabolismu a chromozomálních odchylek. Na podkladě chromozomálních odchylek vzniká Downův syndrom, Syndrom fragilního X – chromozomu, Klinefenterův syndrom, Turnerův syndrom, Rettův syndrom,

Prader – Willyho syndrom, Angelmanův syndrom či syndrom Kočičího křiku. Na podkladě metabolických poruch dochází ke vzniku fenylyketonurie, gargoylismu či eidetického kretenismu.

- III. Prenatální poškození plodu, jako jsou infekční choroby matky, endokrinní poruchy matky, Rh inkompatibilita, nadměrné rentgenové záření, kouření či alkohol.
- IV. Perinatální poškození plodu, ke kterému dochází při hypoxii, poranění hlavy dítěte při porodu, protrahované porody, předčasné porody a další.
- V. Časně postnatální příčiny MR, kterými jsou veškeré traumatické vlivy do druhého roku věku dítěte (Lečbych, 2008).

Valenta dělí příčiny mentální retardace na prenatální, perinatální a postnatální. K prenatálním příčinám řadí vlivy hereditární, genetické a environmentální. Vliv má ovšem i nedostatek plodové vody. Mezi příčiny perinatální jsou řazeny perinatální encefalopatie, hypoxie, nedonošenost, těžká novorozenecká žloutenka a další. Do příčin postnatálních např. zahrnuje infekční onemocnění mozku, traumata, nádory mozku, nemoci končící demencí, silnou deprivace. (Valenta, Müller, 2009)

2.5 Specifika osobnosti člověka s mentální retardací

Každá lidská osobnost je jedinečná, vyznačuje se složitou uspořádaností duševních vlastností a dějů. Stanovení obecné charakteristiky osoby s mentální retardací je značně obtížné. Snahou je vyzdvihnout silné stránky osobnosti člověka, i když mnohé literatury právě poukazují na její nedostatky. Mezi ně jsou často řazeny závislost na rodičích, pohotovost k úzkosti, rigidita v chování, infantilnost osobnosti, impulzivita, ulpívání na detailech apod.

Pro mentální postižení není příznačné časové opožďování duševního vývoje, ale jde především o strukturální vývojové změny, jak kvantitativní, tak kvalitativní (Valenta, Müller, 2009). Chybou je tedy přirovnávání osoby s mentální retardací k vývojově mladšímu jedinci – dítěti. Intelektové schopnosti sice odpovídají mladšímu jedinci, nelze však usoudit, že se osoba bude chovat jako vývojově mladší. Nutné je zmínit, že osoba s mentální retardací nemůže mít jiné – speciální potřeby než osoby bez postižení (Lečbych, 2008).

Dolejší a Rubištejnová (1973) pohlíží na osobnost člověka s mentální retardací z hlediska kognitivních funkcí, jejichž postižení spatřují jako primární specifikum mentální retardace.

Pro oblast **smyslové percepce** jsou dle Rubištejnové (1973) charakteristické následující znaky:

- „*snížená schopnost zrakového vnímání a tím ztížené chápání lineární perspektivy;*
- *snížené vizuálně – prostorové schopnosti;*
- *snížená schopnost diskriminace figury a pozadí;*
- *snížená citlivost hmatových vjemů;*
- *opožděná diferenciací fonémů akustickým analyzátořem;*
- *snížená koordinace pohybů“* (Lečbych, 2008, s. 30 - 31).

Valenta a Müller (2009) k výčtu doplňují nedokonalé vnímání času a inaktivitu vnímání (Rubištejnová, 1973 in Valenta, Müller, 2009).

Pozornost

Pozornost úzce souvisí s vnímáním a poznáváním. Můžeme ji dělit na bezděčnou, která se zaměřuje na silné podněty a záměrnou, která je vázána na vůli (Valenta, Kozáková, 2006). Kysučan (1982) uvádí, že záměrná pozornost mentálně postižených osob vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více činností. Je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb (Kysučan, 1982 in Valenta, Krejčířová, 1992). Po záměrně soustředěné činnosti musí následovat relaxace. Délka udržení pozornosti není u všech osob s mentální retardací stejná, vždy závisí na postižení jedince. Vágnerová (2004) považuje za problém jedince s MR preferenci podnětového stereotypu, která zapřičiňuje menší zvědavost a pasivitu v interpersonálních vztazích (Lečbych, 2008).

Paměť

Paměť souvisí s pozorností, která má zásadní význam ve fázi zapamatování. U jedince s mentální retardací vyžaduje delší čas z důvodu poruch pozornosti. Vše nové si osvojují pomalu, nezbytné je mnohočetnější opakování. Dochází častěji k vyhasínání paměťových stop. U mentálně postižených se setkáváme i s nekvalitním tříděním paměťových stop. Tyto osoby upřednostňují učení mechanické než logické (Valenta, Krejčířová, 1992).

Myšlení

Základní charakteristikou myšlení je konkrétnost. Osoby nejsou schopny abstrakce, snížena je schopnost generalizace, vyčlenění podstatného, dochází k chybám v analýze a syntéze. Vyznačuje se nekritičností a nedůsledností. Vágnerovou (2004) je zdůrazňována vyšší míra sugestibility (Lečbých, 2008).

Řeč

Myšlení je s řečí úzce spojeno. Obtíže spatřujeme ve fonematickém sluchu a to v nedostatečné diskriminaci fonémů. Nedostatky jsou spatřovány i v artikulaci, častá je dysartrie. Narušeno bývá porozumění obsahu, hodnocení i rozhodování. Specifika v řeči osob s mentální retardací dle etiologie postižení uvádí Dolejší (1978):

- *„familiární retardace (stavy vrozené, např. na hereditárním podkladě) se projevuje rovnoměrným opožděním řeči ve všech jejích složkách – připomíná řeč mladšího dítěte*
- *encefalopatické retardace (stavy získané např. infekcí, úrazem, ...) má postiženou artikulaci, častá až dysartrie, ale porozumění obsahu a slovní zásoby je přiměřená věku*
- *u emočních deprivací je chudý slovník, dyslalie multiplex“ (Valenta, Kozáková, 2006, s. 49).*

U Sováka (1978) se setkáme se srovnáním řeči mentálně postižených podle stupně mentálního postižení.

Emotivita

V oblasti emotivity je pro osobu s mentální retardací charakteristická menší schopnost ovládat se vzhledem k jedincům bez postižení. Příznačná je pro ně velká citová otevřenost a spontánní projevy emocí. Rubinštejnová (1973) uvádí, že v dětském věku dochází k vyšší tendenci podléhat afektu (Lečbych, 2008). Podle Dolejšího (1978) intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem (Dolejší, 1978 in Valenta, Kozáková, 2006). Specifika emocí osob s mentálním postižením podává Rubinštejnová:

- *„dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné neuspokojení, chybí citové nuance*
- *city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, dítě buďto události vnímá povrchně s minimálním prožitkem nebo neúměrně silně a interně. Zdánlivě bezvýznamná narážka může přivodit silnou a dlouhodobou reakci, u citově labilnějších jedinců, se kterými ještě nebyl fixován kontakt, až negativismus. V souvislosti s navázáním kontaktu uvádí Dolejší (1978), že děti s mozkovou dysfunkcí navazují kontakt bezprostředně na rozdíl od dětí s familiární etiologií, které se chovají jako mladší děti s doprovodnými zábranami, či děti deprivovanými, jež jsou odmítavé až rigidní*
- *egocentrické emoce podstatně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů*
- *city častěji obchází intelekt a dítě snáze podléhá afektu*
- *častější výskyt dysforie (chorobné poruchy nálad, jejichž nástupy jsou překvapující vzhledem ke stávající situaci) hlavně u jedinců s traumatickou a epileptickou etiologií. Neadekvátní výkyvy nálad mohou ovšem směřovat i do euforie. Další formou dysforie je apatie provázena lhostejností, popř. „černými myšlenkami,“ často jako posel blížící se nemoci (záchvatu).“ (Rubinštejnová, 1973 in Valenta, Krejčířová, 1992, s. 23 - 24)*

Volní projevy

Volní projev osob s mentální retardací se vyznačuje zvýšenou sugestibilitou, citovou a volní labilitou, impulsivností, agresivitou, úzkostí či pasivitou. Patrná je i dysbulie a abulie (Hartl, Hartlová, 2000 in Valenta, Kozáková, 2006).

Aspirace

„Stabilita aspirace neboli sebehodnocení je jedním z projevů duševního zdraví. Pro aspirační úroveň osoby s mentálním postižením je příznačný výkyv na jednu stranu tj. směrem k podhodnocování se (nižší aspirace) či nadhodnocování se (vyšší – nereálná aspirace)“ (Valenta, Kozáková, 2006, s. 51). Sebehodnocení je výsledkem procesu vnitřního hodnocení a hodnocení sociálního prostředí. (Valenta, Krejčířová, 1992)

2.5.1 Osoba s lehkou mentální retardací (IQ 50 – 69)

Mild – v anglosaské terminologii. Dříve se lehký stupeň MR označoval jako debilita. Od uvedeného označení se upustilo pro jeho pejorativní zabarvení. K diagnostickému stanovení lehké mentální retardace dochází až v předškolním věku, v některých případech až po nástupu dítěte do školy. Motorický vývoj (sezení, lezení, chůze), stejně jako řečový bývá mírně opožděn, může se nacházet i v pásmu normy. K problémům dochází až při vstupu do školy. Ojedinele se setkáváme s poruchami jemné motoriky. Částečně je omezen i neuropsychický vývoj. Postižena bývá schopnost logického myšlení, generalizace a abstrakce, myšlení bývá stereotypnější. Kysučan (1982, s. 21) ve svém Úvodu do psychopedie uvádí že *„vnímání debilních jedinců je zpravidla pomalé. Příčinou této pomalosti vnímání je prodlužování časového intervalu potřebného na vytvoření vjemu při patologickém snížení pohyblivosti korových procesů.“* Franiok (2008) zmiňuje, že dítě je méně chápavé, obtížněji se zapojuje do her, rozsah jeho postižení je do značné míry modifikován rodinným prostředím. Málo podnětné prostředí, nízký sociokulturní status předznamenávají nižší výkony. Patrný je opožděný vývoj řeči. Verbální projev se vyznačuje nedostatkem abstraktních pojmů, je užíváno pouze konkrétního označení. Lechta (2002) uvádí, že *„některé z poruch řeči jsou diagnostikovány až u 86,5 % případů“* (Franiok, 2008, s. 39). Někdy se setkáváme s agramatickou stavbou vět, časté jsou poruchy formální stránky řeči. Ke specifickým problémům dochází v oblasti čtení a psaní. U dětí s lehkou MR se často setkáváme se specifickými poruchami učení. U osob s lehkou mentální retardací můžeme také pozorovat afektivní labilitu, impulzivnost, pasivitu, úzkostnost a zvýšenou sugestibilitu (Müller, 2001). Velké obtíže nespátřujeme u vizuálně motorických dovedností ani u mechanické paměti. Černá (1995) hovoří o nerovnoměrném vývoji psychických

funkcí, u jedinců s MR dochází k oslabení funkční reaktivity. Pozornost Kysučan charakterizuje následovně: „*rozsah je úzký, pozornost není stálá, je snadněji unavitelná, s růstem kvantity výkonu vzrůstá i počet chyb a naopak, je snížena schopnost rozdělování pozornosti*“ (Kysučan, 1982, s. 22). Osoby s lehkou MR jsou schopné „*dosáhnout určité samostatnosti, potřebují pouze dohled a oporu*“ (Fisher, Škoda, 2008, s. 98). Dokážou navazovat vztahy a být prospěšnými členy společnosti (Slowík, 2007). Švarcová (2006) ve své publikaci Mentální retardace hovoří o tom, že „*obecně behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory jsou bližší potřebám, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných*“ (Švarcová, 2006, s. 34).

MKN – 10 mezi klinickými znaky lehké MR uvádí, že osoby jsou plně nezávislé v sebeobsluze, jsou schopny vykonávat nenáročná zaměstnání a orientovat se v sociálně nenáročném prostředí (Valenta, Müller, 2009). Lehká mentální retardace se často pojí s autismem, dalšími vývojovými poruchami, epilepsií, s poruchami chování nebo tělesným postižením (Švarcová, 2006). Výskyt lehké mentální retardace mezi všemi mentálně retardovanými je přibližně 80 %.

2.5.2 Osoba se středně těžkou mentální retardací (IQ 35 – 49)

Moderate – v anglosaské terminologii. Stejně jako lehká MR, tak i středně těžká mentální retardace (dále jen STMR) měla ve své minulosti jiné označení. Byla jím imbecilita, od jejíhož užívání se upustilo. Fischer, Škoda (2008) stejně jako Vágnerová (1999) uvádí ve svých publikacích, že uvažování osoby se STMR lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. Stupeň středně těžké mentální retardace se vyznačuje omezením v neuropsychickém vývoji. Opoždění vývoje je znatelné již v kojeneckém věku, nejpozději v batolecím věku. Opožděn je také vývoj motorický. Pro osobu je charakteristická nekoordinovanost pohybů. Řeč je výrazně omezena, jak v chápání, tak v jejím užívání. Konkrétní pojmy se u nich objevují zřídka. Osoby se středně těžkou MR si osvojí minimální slovní zásobu. Jejich slovník je tedy chudý, vyjadřují se spíše jednoduchými větami. Řeč je agramatická, špatně artikulovaná. „*Nápadně působí poruchy formální stránky řeči s výskytem, který uvádí Lechta v 95,4 % případů*“ (Lechta, 2000 in Franiok, 2008, s. 39). Učení osob se STMR je mechanické, v první řadě

na praktické úrovni. K zafixování je zapotřebí četného opakování. Objevují se rozdíly v oblasti schopností, v dospělosti jsou tyto jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Vyžadují ovšem jasně strukturované úkoly. Jsou schopni si osvojit běžné návyky, především v oblasti sebeobsluhy. Činnosti je nutné vykonávat pod dohledem. „*Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senoricko-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace*“ (Švarcová, 2006, s. 35). Osoby se STMR zvládají i jednoduché pracovní úkony, které by ovšem neměly být spojeny s přesností a rychlostí (Fischer, Škoda, 2008). Kysušán (1982) ve své publikaci hovoří také o tom, že jedinci se potýkají s „*neschopností orientovat se v odchylkách od zaběhlých životních situací a každá změna jim způsobuje neřešitelné těžkosti*“ (Kysušán, 1982, s. 23). Podle Franioka (2008) se u těchto osob lze setkat s projevy lability či afektivními výbuchy, které mohou vést ke zkratkovitému jednání.

Dle kritérií MKN – 10 vyžadují chráněné prostředí po celý život, které souvisí s jejich omezenou schopností sebeobsluhy. Někteří jsou schopni si osvojit základy trivie. Středně těžká MR se často vyskytuje v kombinaci s epilepsií, neurologickým, tělesnými a duševními poruchami (Valenta, Müller, 2009).

V rámci psychopedické terminologie je někdy diferencováno chování klienta z hlediska typu mentální retardace na typ eretický (hyperaktivní, verzatilní, neklidný) a typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný) (Valenta, Müller, 2009). Mezi vnější vlastnosti typu eretického náleží psychomotorický neklid, nesoustředěnost, impulzivnost. Typ torpidní se vyznačuje výraznou pomalostí pohybů, řeči, pohodlností a netečností (Franiok, 2008, s. 35).

2.6 Psychologická charakteristika osob s mentální retardací

Každá osoba s mentálním postižením je jedinečná, vyznačuje se charakteristickými osobnostními znaky. Lidské bytosti se výrazně odlišují jak fyzicky, tak z hlediska prožívání a chování. Přes veškeré odlišnosti nacházíme u osob s mentálním postižením shodné znaky, jejichž „*individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace*“ (Švarcová, 2006, s. 28). Mentální

retardace není nemoc, ale je stavem, který se vyznačuje trvalým snížením rozumových schopností, ke kterému došlo v důsledku poškození mozku. Při označení mentálně retardovaných stojí na prvním místě vždy člověk, osoba, jakožto svébytná bytost. Mentální retardace vyjadřuje pouze jednu z mnoha jejích osobnostních rysů. V zahraničních publikacích lze narazit i na označení „*člověk s problémy v učení*.“

Psychika osob mentálně retardovaných má své specifické zvláštnosti, které ovlivňují více či méně jejich kognitivní procesy. Jedinci přesto mají možnost žít plnohodnotným emocionálním životem, ne příliš odlišným od osob bez postižení.

Švarcová (2006) uvádí následující klinické projevy lehké a středně těžké mentální retardace:

- *„zpomalenost chápavosti, jednoduchosti a konkrétnosti úsudků,*
- *snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů,*
- *snížená mechanická a zejména logická paměť,*
- *těkává pozornost,*
- *nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování,*
- *poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace,*
- *impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování,*
- *citová vzrušivost,*
- *nedostatečná rozvinutost volních vlastností a sebereflexe,*
- *sugestibilita a rigidita chování,*
- *nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“*
- *opožděný psychosexuální vývoj,*
- *nerovnováha aspirace a výkonů*
- *zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí,*
- *poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci,*
- *snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům a některé další charakteristické znaky“ (Švarcová, 2006, s. 41).*

Dolejší (1973) se zmiňuje, že vývoj osobnosti je do velké míry závislý na sociálním prostředí, významné postavení mají vlivy, které nazývá souhrnně psychologickým prostředím. Pro utváření osobnosti, jejích základních schopností a osobnostních rysů pokládá za nejdůležitější období mezi pátým a šestým rokem života. Dítě s mentální retardací disponuje menším množstvím energie pro vyšší mentální procesy. Taktéž má

nedostatek síly pro sebekontrolu, porozumění okolnímu světu a pro zvládnutí společenských požadavků. „Podle Pearsona může být mentální retardace definována jako defektivnost vývoje ega“ (Dolejší, 1973, s. 61). Na jeho zpomalený vývoj mají vliv snížené schopnosti generalizace, verbalizace či diskriminace.

Osoby s mentální retardací mají také pozměněn vývoj psychosexuálních fází. Podle psychoanalytické teorie, zabývající se dětským vývojem, jsou jednotlivé vývojové fáze doprovázeny konflikty.

Superego dítěte s mentální retardací je stejně jako ego nezralé, spíše strohé. Proto se u těchto dětí lze setkat s projevy úzkosti a pocitu viny. Vyzrálost sebekontroly charakterizuje mj. dosažení odměny vázané na úspěch. „Dítě s MR je zaměřeno na získání bezprostřední odměny“ (Dolejší, 1973, s. 65). Bailer (1961) proto soudí, „že úroveň jejich sebekontroly je nízká“ (Dolejší, 1973, s. 65).

U jedince s mentální retardací lze očekávat, „že má omezený repertoár technik, jak se vyrovnávat s náročnými životními situacemi; že se nese nadno rozhoduje při výběru techniky, která by byla adekvátní dané situaci; že se převážně fixuje na jednu určitou techniku, která mu přináší alespoň minimální uspokojení; že volí techniky poměrně nejjednodušší až primitivní, a spíše destruktivní (agrese) než konstruktivní (spolupráce)“ (Dolejší, 1973, s. 72).

Pro osobu s mentálním postižením je dále charakteristická odlišná hodnotová stupnice, zvýšené citové prožívání a úzkostné chování, v případě spojení se zcela novou situací. Spatřujeme i nízkou toleranci frustrace, často dochází k bezvýhodným a panickým reakcím. Narušena je také diferenciací figury a pozadí (Dolejší, 1973).

2.7 Diagnostika osob s mentální retardací

„Diagnostika osob s mentálním postižením využívá metod a nástrojů psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky za účelem 1) zjištění současné úrovně jedince a 2) směru, jímž by se měla ubírat následná intervence“ (Černá a kol., 2008, s. 99). Diagnostika, která směřuje k výslednému produktu - diagnóze, je záležitostí týmové spolupráce odborníků. Jednou ze zásad je, že diagnostika by měla být individualizována. Výkony jedince s postižením by neměly být srovnávány s jedinci stejného věku bez postižení nebo s normami pro příslušnou věkovou skupinu. Úkolem diagnostiky

není výčet toho, co jedinec nezvládá, v čem selhává, ale poukázání na jeho schopnosti, které se stávají potenciálem dalšího růstu (Černá a kol., 2008).

Krejčířová uvádí, že *„nezbytné je vždy 1) popsat podrobně současný behaviorální a funkční stav dítěte s využitím běžných vývojových zkoušek či inteligenčních testů a testů speciálních schopností a 2) vypracovat návrh plánu rehabilitace, určit priority a optimální postupy při provádění individuálních stimulačních a výukových plánů, vyjádřit se k prognóze“* (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 202).

Dle vyhlášky č. 72/2005 Sb. provádí diagnostiku osob s mentálním postižením speciálně pedagogická centra (SPC) a pedagogicko – psychologické poradny. Na depistáži se podílí SPC a střediska rané péče.

Diferenciální diagnostika

Úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit mentální retardaci od demence a organického psychosyndromu jiné etiologie. Demenci nejdříve diagnostikujeme po druhém roce života dítěte, tedy po ukončení senzomotorického stádia vývoje inteligence a po vytvoření počátku řeči a jednoduché komunikace (Lečbych, 2008). Jako nutné se jeví zmínit, že při mentální retardaci je intelekt postižen rovnoměrně, u demence mohou být zachovány určité schopnosti na přijatelné úrovni. Od mentální retardace je také nutné odlišit opoždění psychického vývoje vlivem neuspokojování základních psychických potřeb, tedy stav psychické deprivace (Langmeier, Matějček, 1974 in Lečbych, 2008). V učebnici Psychopedie je uvedeno, že je třeba mentální postižení odlišit od stavů podobných jako jsou smyslové vady, poruchy řeči, ADHD, ADD, specifické poruchy učení, syndrom CAN, dětská schizofrenie a další (Valenta, Müller, 2009).

„Za horní hranici vzniku mentální retardace bývá obvykle uváděn 2. rok věku, v MKN – 10 je však tato hranice stanovena až na 18. rok“ (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 205).

Diagnostický proces

V případě že se jedná o nezletilého jedince do 18 roku věku či o dospělou osobu, která je zbavena způsobilosti k právním úkonům, je k započetí diagnostického procesu

nezbytný souhlas zákonných zástupců. Diagnostikou se rozumí proces, který je dynamický a který není nikdy ukončen. Při provádění diagnostiky nesmíme zapomínat na diagnostiku prostředí, která se velkou měrou podílí na vývoji jedince s mentálním postižením (Černá a kol., 2008).

Testy rozumových schopností

Tyto testy jsou nazvány také normativními. Jde o to, že výkon jedince je porovnáván s výkonem vrstevníků. Testů inteligence, které jsou používány pro diagnostiku mentální retardace, je neskutečně mnoho a často jsou vystavovány kritice. Používané zkoušky inteligence je možné klasifikovat na screeningové metody, podrobné testy inteligence a doplňující testy inteligence.

Screeningové metody jsou používány pro zjištění orientační úrovně intelektových schopností. Do této kategorie spadají Ravenovy (barevné, progresivní) matice. Ravenovy testy jsou vhodné pro děti kulturně zanedbané s malým rozsahem vědomostí a s malou komunikační schopností, pro děti z cizojazyčného prostředí, s poruchami řeči a sluchu a pro děti s komunikačními problémy (Svoboda a kol., 2001 in Valenta, Müller, 2009).

Mezi nejvíce rozšířené podrobné testy inteligence jsou řazeny Stanford – Binetova zkouška, která vychází z principu kognitivních schopností a Wechslerovy zkoušky inteligence, které jsou rozděleny na verbální a nonverbální subtesty.

K neznámějšímu doplňujícímu testu inteligence patří Test kresby lidské postavy, standardizovaný v našich zemích Šturmou a Vágnerovou, vhodný pro děti od 3,5 do 11 let (Valenta, Müller, 2009).

Testy specifických funkcí a schopností

Testy specifických funkcí a schopností zahrnují percepční a motorické zkoušky, zkoušky školních schopností a dovedností a hodnocení sociálních dovedností.

K percepčním zkouškám náleží Edfeldův reverzní test či Vývojový test zrakového vnímání od Frostigové. Na sluchovou percepci využíváme Zkoušku sluchové diference. Z percepčně motorických testů jmenujme Ozeretského škálu. Ke zkoušce laterality je vhodná zkouška od Matějčka a Žlaba. Jiráskův číselný čtverec slouží

ke zkoušce pozornosti. Paměť je testována Rey – Osterirethovou komplexní figurou a Bentonovým testem.

K nejznámějším testům školních schopností a dovedností patří Matějčkova zkouška čtení, dále Zkouška psaní a pravopisu či test Kalkulia.

K hodnocení sociálních dovedností je volena Vinelandská škála sociální zralosti, která bohužel není standardizována na naši populaci (Valenta, Müller, 2009).

Metody využívané při diagnostice mentálního postižení

Metody dělíme na klinické a testové. Metody testové mají přesně vymezený postup a způsob, podmínky zadávání úloh i jejich hodnocení se musí řídit přesnými pravidly. *„Metody testové se dělí na testy schopností, testy osobnosti a testy sociálních vztahů. K nejčastěji používaným klinickým metodám patří pozorování, rozhovor a analýza spontánních produktů“* (Vágnerová, 2007 in Černá a kol., 2008, s. 121).

2.8 Sociální integrace osob s postižením

Vymezení pojmu integrace nacházíme v mj. také v psychologických slovnících. Hartl rozumí integrací spojení, vytvoření jednoho celku; vzájemné slučování činnosti jednotlivých částí jednoho systému nebo několika systémů dohromady (Hartl, 2004).

Psychologický slovník od Geista hovoří o integraci jako o semknutí, sjednocení, spojení, sloučení; zdokonalení, vytváření celistvosti; spojování dílčích funkcí v celek, zpravidla na vyšší úrovni než slučované komponenty (Geist, 2000).

Ve Vybraných kapitolách ze speciální pedagogiky Mrázková (2004, s. 19) uvádí, že se *„pojmu integrace používá převážně ve smyslu začlenění, zapojení, zařazení. Integrace je nejrozšířeněji propracována v oblasti školství, i když škola není jedinou institucí, ve které k integraci dochází.“*

Pro pedagogické pojetí integrace použijeme definici od Jesenského z roku 1995. *„Je to stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, stav vzájemné podmíněnosti vyjádřený slovy „jeden pro druhého.“* (Jesenský, 1995 in Mrázková, 2004). V konečném důsledku může mít proces integrace dvojí kvalitu, pozitivní integraci či negativní integraci.

V Poradenství od Novosada pojmem sociální integrace, nověji inkluze, označujeme „proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin (jako jsou např. etnické a národnostní skupiny, lidé se zdravotním postižením, staří občané, sociálně nepřizpůsobivý lidé) do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti“ (Novosad, 2009, s. 20 - 21).

Socializační stupně

Integrace jedince s postižením je nejvyšším stupněm socializace. Rozumíme jí schopnost začlenit se do společnosti, přijmout její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje. Jednou z podmínek funkční integrace je samostatnost a nezávislost jedince. Socializace předpokládá překonání možného znevýhodnění plynoucího z postižení či kompenzaci jeho následků. Jedinec se tak stává rovnoprávným partnerem ve všech oblastech společenského života (Novosad, 2009). Socializace v sobě zahrnuje nejen integraci, ale také pojmy jako adaptace, utilita či inferiorita. Adaptace značí nižší stupeň socializace, jde o schopnost jedince s postižením přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě a společenským podmínkám.

Utilitou se rozumí sociální upotřebitelnost jedince s postižením. Tito jedinci již nejsou zcela samostatní, v mnoha oblastech jsou závislí na druhé osobě.

Inferiorita již značí nejnižší stupeň socializace, setkáváme se s označením sociální „nepoužitelnost.“ Jedinci jsou nesamostatní, jsou trvale odkázáni na pomoc druhé osoby, může docházet až k odloučení od života společnosti. (Novosad, 2009)

„Uvedené socializační stupně můžeme považovat pouze za rámcové. Rozhodujícími vlivy socializačního procesu jsou faktory a to jedinec s postižením, společnost a k jedinci adresované podpůrné programy či stimulační impulzy“ (Novosad, 2009, s. 23).

Obecně je integrace chápána jako stav, ke kterému jedinec směřuje. Je nutné si uvědomit, že integrace není stavem trvalým. Ovlivňují ji vnější okolnosti a také subjektivní faktory jedince. Integrace je často dávána do souvislosti s inkluzí, přičemž inkluze je úzce vázána na oblast školství. V angloamerických zemích spočívá v přístupu, že každé zdravotně znevýhodněné dítě je prvotně zařazeno do běžné školy bez ohledu na typ postižení. Třídy nabízí řadu kompenzačních pomůcek, bezbariérovost prostředí,

kvalitní péči či pomoc osobního asistenta nebo asistenta učitele. Pokud dítě školní požadavky nezvládá, je přeřazeno do speciálního zařízení, stacionáře nebo domácí péče. Integrace značí spíše proces opačný (Novosad, 2009).

Z hlediska míry sociálních vztahů zapojení můžeme rozlišovat **stupně integrace**, které rozeznává Světová zdravotnická organizace:

- „*sociálně integrovaný – plně se účastní všech společenských činností (včetně edukace)*
- *účast inhibovaná – možné mírné omezení na plné účasti společenských činností z důvodu existence postižení*
- *omezená účast – nemožnost účastnit se plně obvyklých společenských činností (manželství, sexuálního života apod.)*
- *zmenšená účast – důsledkem postižení jedinci nejsou schopni navázat náhodné kontakty a jejich „akční rádius“ se omezuje na vztahy v rodině, domově, pracovišti apod.*
- *ochuzené vztahy – omezení ve vývoji bez tendence ke zlepšení*
- *redukované vztahy – v důsledku postižení omezení na jistou skupinu či jedince*
- *narušené vztahy – jedinci jsou neschopni udržovat trvalejší vztahy s lidmi*
- *společensky izolované – případy úplné segregace.“ (Michalík, 1999 in Valenta, Müller, 2009, s. 100)*

Uvedené stupně jsou uplatňovány především u školské integrace.

3 REGION UHERSKOHRADIŠŤSKO VE VZTAHU K LIDEM S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Uherskohradištsko je regionem nacházející se v oblasti středovýchodní Moravy, ležící při jihovýchodní hranici České republiky se Slovenskem. Uherskohradištsko, známé jako region Dolňácka a Hornjácka, se rozprostírá v srdci Moravského Slovácka. V historii bývalo významnou křižovatkou stezek do ciziny, po které putovalo cenné zboží. Historickou spojitost nacházíme i s dobou Velké Moravy. V blízkosti leží památné místo Velehrad, které je známým poutním místem.

Kultura v regionu - Uherskohradištsko je krajem s velkým kulturním bohatstvím. Charakteristické jsou živé lidové tradice, které řadí region na jedny z prvotních míst mezi ostatními regiony České republiky. Svě místo zde nachází řada národopisných souborů, jako je Hradišťan, Kunovjan, Handrlák atd. Folklórní tradice provází celý kalendářní rok. Z nejvýznamnějších jmenujme Fašank, Jízdu králů či Hody s právem. Z regionu vzešlo mnoho vynikajících cimbálových muzik a zpěváků. Světové jméno si získal např. Hradišťan, Kunovjan či Cimbálová muzika Jaroslava Čecha. Z kulturních zařízení, která region proslavují, zde působí Muzeum Jana Ámose Komenského v Uherském Brodě, které patří ke známým komeniologickým ústavům v Evropě, Slovácké divadlo, Knihovna Bedřicha Beneše Buchlovana, Galerie či Slovácké muzeum zaměřené na archeologii a národopis jihovýchodní Moravy. Ke znakům regionu vína a sadů náleží také rukodělná výroba, především tupeské keramiky.

Příroda v regionu - východ regionu se pyšní pásmem Bílých Karpat s nejvyšším vrcholem Velká Javořina (970 m). Pozůstatky lužních lesů nacházíme kolem řeky Moravy, která protéká středem Uherskohradištska. Na západě se rozprostírá pohoří Chřiby se svým vrcholem Brdo (578 m). Nížinná krajina je bohatá na pěstování vinné révy a ovocných sadů. Příznivé podnebí vytváří vhodné podmínky pro zemědělství. Působivost regionu umocňuje vzácná flóra a fauna.

Památky v regionu - gotiku zastupuje hrad Buchlov, založený kolem poloviny 13. století králem Přemyslem Otakarem II. V centru Uherského Hradiště se nachází kaple sv. Alžběty. K renesančním památkám náleží dům U Slunce na Masarykově náměstí, Panský dům v Uherském Brodě a zámek v Uherském Ostrohu. Nejvíce zastoupeno je zde baroko. Areál zámku v Buchlovicích, je z památek toho období nejvýznamnějším. Ve stylu baroka je také bazilika Nanebevzetí P. Marie, bazilika Cyrila a Metoděje na Velehradě, farní kostel sv. Františka Xaverského, morový sloup, farní kostel Neposkvrněného početí P. Marie nebo také lékárna U Zlaté koruny. Lidová architektura je zastoupena selským domem v Topolné, vinnými sklípky a zachovaným komplexem vinných búd ve Vlčnově.

Rekreace a turistické vyžití v regionu - lyžařské podmínky nabízí Mikulčín vrch v Bílých Karpatech, dále Stupava a Břestek. Pro období teplých měsíců je příznačné

kempování v blízkosti jezer v Ostrožské Nové Vsi. Uherské Hradiště láká svým nově otevřeným aquaparkem. Velká část regionu je poseta cyklistickými stezkami, např. kolem Baťova kanálu.

3.1 Sociální a jiné služby pro osoby se zdravotním postižením

Pojem sociálních služeb se částečně překrývá s kategorií širší - služeb veřejných. Sociální služby v rámci České republiky jsou definovány Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV). Rozšířenou definici nacházíme v publikaci od Matouška. Sociálními službami rozumí „*služby, které jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství*“ (Matoušek a kol., 2007, s. 9). Smysl sociálních služeb spatřujeme v ochraně práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Sociální služba, která v sobě zahrnuje podporu a pomoc, musí vycházet z individuálních potřeb člověka a především musí respektovat lidskou důstojnost. Musí být vždy poskytována v náležitě kvalitě. Má také podporovat samostatnost klientů a předcházet dlouhodobému trvání nepříznivé životní situace.

Legislativně jsou sociální služby zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který byl přijat v květnu roku 2006. K zákonu náleží vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některé ustanovení zákona o sociálních službách. Zákon dělí sociální služby na:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence.

Z hlediska forem jsou služby děleny na:

- pobytové
- ambulantní
- terénní.

Služby sociální péče jsou zákonem definovány jako služby, „*kteřé napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (§ 38 ZSS). Ke službám sociální péče náleží mj. i domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž soběstačnost je snížena a to z důvodu zdravotního stavu. Situace osob vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je poskytována za úplatu. Obsahuje poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nezbytně nutná pomoc je poskytována dětem nezaopatřeným. V rámci domovů pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova nebo předběžné opatření. (dostupný z World Wide Web: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>, cit. 25. 2. 2011)

Standardy kvality sociální služeb

Standardy obsahují sedmnáct položek, které popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jde o soubor měřitelných a ověřitelných kritérií. Standardy jsou děleny do tří okruhů: procedurální standardy, personální standardy a provozní standardy.

Procedurální standardy zahrnují: cíle a způsoby poskytování služeb; ochranu práv uživatelů sociální služby; jednání se zájemcem o službu; dohodu o poskytování služeb; plánování a průběh poskytovaných služeb; osobní údaje; stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služeb; návaznost na další zdroje.

Personální standardy zahrnují: personální zajištění služeb; pracovní podmínky a řízení poskytování služeb; profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů.

Provozní standardy zahrnují: místní a časovou dostupnost služby; nouzové a havarijní situace; zajištění kvality služby a ekonomiky.

Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb

Plnění standardů kvality sociálních služeb se hodnotí podle stupně splnění jednotlivých kritérií systémem bodového hodnocení, přičemž se za každé kritérium započtou

- a) 3 body, jestliže kritérium je splněno výborně,
- b) 2 body, jestliže kritérium je splněno dobře,
- c) 1 bod, jestliže kritérium je splněno částečně, nebo
- d) 0 bodů, jestliže kritérium není splněno (Vyhláška č. 505/2006 Sb. § 38, cit. 25. 2. 2011).

Obsah standardů kvality sociálních služeb viz Příloha č. I.

Zpravodaj ústavů sociální péče, odborný časopis pro management rezidenčních zařízení, o standardech kvality nepřímě hovoří v článku vydaném v roce 2005, tedy před přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Už jen samotný název článku Sociální péče o mentálně postižené: Stále stejný lesk a bída, může v mnohých z nás vyvolávat neblahé pocity. Eva Kostelná, autorka článku, píše, že *„ústavy sociální péče jsou spojeny s hrůzou, co se v ústavech děje a jak péče o mentálně postižené v rukou nezodpovědných lidí tudíž vypadá. Dodává, že o hrůzách ústavní sociální péče hovoří a píšou převážně lidé, kteří sociální péči a postižené viděli jen z rychlíku“* (Kostelná, 2005 in Zpravodaj ústavů sociální péče, 2005, s. 19).

Sociální služby Uherské Hradiště

Posláním je poskytnutí kvalitních služeb potřebných lidem. Sociální služby vychází z individuálních potřeb jednotlivých uživatelů. Cílem služeb je zajištění plnohodnotného života spojeného se zachováním přirozených sociálních vazeb a životních návyků.

Cílovou skupinu tvoří senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby, které se ocitly v krizové situaci.

Zařízeními sociálních služeb poskytovaných v rámci služeb Uherského Hradiště jsou domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a sociální poradny.

Poskytované služby jsou založeny na **principech**:

- úcty ke člověku
- podpory samostatnosti a nezávislosti
- respektování vlastní volby uživatele
- respektování soukromí uživatele
- flexibility
- přizpůsobování poskytovaných služeb potřebám uživatele
- vzájemné tolerance a důvěry

Pod sociální služby Uherské Hradiště náleží následující domovy pro osoby se zdravotním postižením:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Velehrad, Salašská** s kapacitou 95 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Uh. Brod** s kapacitou 77 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Kunovice, Na Bělince** s kapacitou 65 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Medlovice** s kapacitou 40 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Chvalčov** s kapacitou 123 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Kvasice** s kapacitou 30 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Velehrad, Vincentinum** s kapacitou 50 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Velehrad, Buchlovská** s kapacitou 128 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Kunovice, Cihlářská** s kapacitou 80 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Staré Město** s kapacitou 64 míst
- Domov pro osoby se zdravotním postižením **Zborovice** s kapacitou 95 míst

Více informací na World Wide Web dostupný z <http://www.ouss-uh.cz/index.htm>, cit. 1. 3. 2011.

Region Uherského Hradiště vytváří příznačné podmínky pro život lidí s mentálním postižením. Nabídka zařízení sociální péče je dosti široká, stejně jako kapacitní možnosti. Přímo v centru regionu má své místo Oblastní charita Uherské Hradiště, která své působení směřuje do oblasti sociální, zdravotní a humanitární pomoci. V rámci organizace funguje Denní centrum sv. Ludmily, jehož cílovou skupinu tvoří právě dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Více informací na World Wide Web dostupný z <http://uhradiste.charita.cz/>, cit 19. 3. 2011.

V Uherském Hradišti má své sídlo také Diakonie ČCE – Středisko CESTA. Jedná se o denní stacionář pro osoby s hlubším mentálním či kombinovaným postižením určený dětem a mládeži ve věku do 7 do 26 let z okolí Uherského Hradiště. Zprostředkovává také poradnu rané péče pro rodiny s dětmi s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením a rodiny s dětmi s ohroženým nebo nerovnoměrným vývoje, a to od narození do 7 let věku.

Více informací na World Wide Web dostupný z www.cesta.diakoniecce.cz, cit. 12. 3. 2011.

Katalog sociálních služeb Zlínského kraje poskytuje informace o sociálních službách poskytovaných na území Zlínského kraje. Každá služba je blíže charakterizována.

Viz Příloha č. II Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením ve Zlínském kraji

Více informací na World Wide Web dostupný z <http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?docid=127340&doctype=ART&nid=3057&cp1>, cit. 19. 3. 2011.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je dělena na tři kapitoly. První kapitola pojednává o metodologických východiscích, blíže je specifikován cíl šetření, metody šetření, výzkumný soubor a místo, kde bylo šetření prováděno. Druhá kapitola shrnuje výsledky daného šetření z pohledu uživatelů, třetí kapitola shrnuje výsledky šetření z pohledu zaměstnanců.

4 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA

„Metodologii rozumíme obecně nauku (vědu) o metodách, jimiž věda obohacuje svoje poznání, proniká od jevové stránky k podstatě zkoumané skutečnosti, od jevů a faktů k zjišťování vztahů a objevování zákonitostí“ (Horák, Chráska, 1989, s. 9). Metodologická východiska vychází ze stanovených úkolů a cílů průzkumného šetření, realizovaného formou rozhovoru a dotazníku.

4.1 Cíle šetření

Cílem průzkumného šetření bylo přiblížit kvalitu života osob s mentální retardací žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Zajímala nás především spokojenost uživatelů s jednotlivými oblastmi života jako je zdraví, úroveň soběstačnosti, bydlení, vzdělání, vztahy, volný čas, zaměstnání a služby. Byly zaznamenány připomínky a výtky vycházející z vlastní zkušenosti uživatelů. Zároveň jsme zjišťovali, jak hodnotí kvalitu života svých uživatelů zaměstnanci zařízení. A na závěr jsme získané výsledky porovnali.

4.2 Metody šetření

V rámci realizovaného šetření bylo pro uživatele domova užito metody rozhovoru, doplněného o pozorování. Pro zaměstnance bylo zvoleno dotazování.

Rozhovor

Vašek (1991) vymezuje diagnostický rozhovor jako cílevědomou verbální či nonverbální komunikaci, která má za cíl získání podkladů pro diagnózu. Dělí jej na volný, řízený či kombinovaný podle míry strukturalizace a standardizace, dle cílů na anamnestický, zaměřený na vývojové a zdravotní aspekty, a specializovaný, sledující motivaci jednání, postoje, názory, vědomosti atd. klienta (Vašek, 1991 in Valenta, Müller, 2009). Otázky při rozhovoru musí být formulovány srozumitelně, musí být přizpůsobeny mentální úrovni jedince, jeho aktuálnímu rozpoložení, prostředí atd. (Černá a kol., 2008). Délka vstupního rozhovoru, stanovená Svobodou, je 15 minut a psychodiagnostického rozhovoru je 45 minut. „*Charakter rozhovoru závisí na cíli, ke kterému směřuje a tomu je podřízena i forma a taktika vedení rozhovoru*“ (Hadj Moussová, 2008, s. 2009). K zásadám při vedení rozhovoru náleží empatie, kdy jak verbálně, tak neverbálně dáváme najevo klientovi svůj souhlas, dále autenticita neboli přirozenost a v neposlední řadě akceptace jakožto přijetí klienta po stránce citové, utvoření si pozitivního postoje k němu (Hadj Moussová, 2008). Otázky při rozhovoru můžeme dělit z hlediska formy a to na otevřené, které dávají možnost volné výpovědi a uzavřené, na něž odpovídáme buď ano či ne, nebo jedním slovem.

V rámci šetření bylo užito rozhovoru, který se uskutečnil formou osobního kontaktu. Rozhovor probíhal v klidné místnosti, která byla vybrána vedoucím zařízení. V pěti případech probíhal rozhovor ve vlastním pokoji uživatelů. Jeho délka byla individuální, záleželo na momentálním rozpoložení klienta. V některých případech byl rozhovor rozdělen na dvě části. Druhá část rozhovoru byla uskutečněna při následující návštěvě zařízení. Pro záznam bylo použito zapisování. Jako první byl navázán kontakt s respondentem. Bylo sděleno jméno dotazujícího a celkový smysl rozhovoru. Poté byli respondenti seznámeni s jednotlivými oblastmi rozhovoru. Ve většině případů bylo zachováno předem stanovené pořadí. Respondenti hovořili otevřeně, u některých z nich byl zaznamenán počáteční ostych. Rozhovor byl doplněn komentáři dotazujícího pro objasnění znění otázek. V průběhu rozhovoru respondenti často hovořili o svém vlastním životě, co je trápí, co je naopak těší, které neměly přímou souvislost s jednotlivými oblastmi. Přesto byl respondentům ponechán prostor ke sdělení informací a ke vzájemnému porozumění. Během rozhovoru byly sledovány i neverbální projevy dotazovaných. Bylo si všimáno především očního kontaktu, který překvapivě

velmi dobře udržovali všichni respondenti. Jelikož rozhovor probíhal v předvánoční době, jako poděkování uživatelům byla předána hvězdička z kovu. Odměnou dotazujícího byla pozvánka od jednoho zařízení na vánoční besídku.

V rozhovoru bylo užito jak položek otevřených, tak uzavřených. Přesné hranice uzavřené otázky nelze určit. Téměř ke každé položce měli respondenti prostor se vyjádřit. Počet otázek byl stanoven na 63.

Praktická rovina rozhovorového schématu viz Příloha č. III.

Pozorování

Hlavními znaky pozorování je záměrnost a jeho plánovitost. Nezbytnou součástí je záznam z pozorování. Na vlastní pozorování navazuje analýza dat a jejich vysvětlení. Pro vyvarování se zkresleného pozorování je nezbytné brát zřetel na faktory jako je haló efekt, předsudky, stereotypizace a analogie, tradice a pozadí, aktuální psychosomatický stav diagnostika, regrese ke středu či lenienční chybu (Chráška in Valenta, Müller, 2009). Za strategii pozorování považujeme izomorfní deskripci či reduktivní deskripci. Při izomorfní deskripci se snaží pozorovatel zachytit co největší množství postřehů z chování pozorovaného jedince. Reduktivní deskripci můžeme přirovnat ke škálování.

Dotazník

Použití dotazníku u osob s mentálním postižením je značně omezené. V praxi se nejčastěji používají standardizované dotazníky. Ty ovšem musí splňovat požadavky jako je srozumitelnost, ne příliš velký rozsah, položky nesmí být sugestivní, otázky by měly vždy obsahovat známé pojmy (Černá a kol., 2008).

V rámci šetření byl zaměstnancům zařízení osobně rozdán dotazník s instrukcemi pro vyplnění. Voleny byly jak otázky uzavřené, tak otevřené. Dotazník obsahoval 43 otázek. Na vyplnění dotazníku měli zaměstnanci 14 dnů. Dotazník byl rozdán v počtu 30, návratnost byla u 20 zaměstnanců.

Praktická rovina dotazníkového šetření viz Příloha č. IV.

4.3 Charakteristika průzkumného souboru a průběhu šetření

Výzkumný vzorek tvořilo 30 dospělých uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením ve věku od 24 let do 63 let a 20 zaměstnanců příslušných zařízení ve věkovém rozmezí od 23 let do 55 let.

Výzkumný vzorek uživatelů byl vybrán náhodně vrchní sestrou či vedoucím zařízení. Jediným požadavkem výběru byla přítomnost lehké či středně těžké mentální retardace. Zaměstnanci vyplňovali dotazník na základně dobrovolnosti a ochoty.

Šetření probíhalo ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pro rozhovor byly vybrány čtyři zařízení v okolí Uherského Hradiště, dotazník byl rozdan v pěti zařízeních sociální péče. Rozhovor se uskutečnil v měsíci listopadu a prosinci roku 2010. Rozhovor obsahoval 63 položek, které byly rozděleny do devíti oblastí:

1. Základní údaje o respondentech
2. Zdraví
3. Soběstačnost
4. Bydlení
5. Vzdělání
6. Vztahy
7. Volný čas
8. Práce – zaměstnání
9. Služby

Dotazník vyplňovali zaměstnanci ve svém volném čase. Časový prostor pro vyplnění dotazníku byl 14 dnů. Dotazníky byly rozděleny v měsíci listopadu a prosinci roku 2010. Samotný dotazník obsahoval 43 otázek, nebyl dělen do jednotlivých oblastí. Pojmenována byla pouze první část dotazníku a to jako Základní údaje o respondentovi.

4.4 Charakteristika místa šetření

Pobytová zařízení byla vybrána v rozmezí 15 kilometrů. Nutnou podmínkou bylo zařízení pro osoby dospělého věku s lehkou či středně těžkou mentální retardací. Na dalších přidružených postižení a onemocnění nezáleželo. Zařízení bylo nejprve

kontaktováno telefonicky, poté bylo stanoveno datum pro bližší informace plánovaného šetření. Vedoucí zařízení byli seznámeni se smyslem šetření a s průběhem rozhovorového schématu.

4.4.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince

Zařízení s týdenním a celoročním pobytem pro děti a dospělé. Zprostředkovává sociální zdravotnické, ošetrovatelské služby, výchovnou i vzdělávací péči. Služby jsou zaměřovány na komplexní rozvoj jedince, na jeho seberealizaci s ohledem na přítomnost handicapu. Cílovými skupinami jsou osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením a osoby se zdravotním postižením. Zařízení je děleno do čtyř oddělení podle závažnosti postižení a s ohledem na náročnost poskytované zdravotnické a ošetrovatelské péče.

Oddělení č. I. je určeno uživatelům s nejzávažnějším postižením. Uživatelé jsou odkázáni na pomoc druhé osoby.

Oddělení č. II. je určeno uživatelům částečně nebo zcela imobilním, kteří nejsou trvale odkázáni na pomoc druhé osoby.

Oddělení č. III. je určeno uživatelům se středním a těžkým postižením.

Oddělení č. IV. je určeno uživatelům s lehkým mentálním postižením. Uživatelé potřebují každodenní podporu v péči o vlastní osobu a soběstačnost.

Součástí domova je tělocvična, keramická a tkalcovská dílna pro pracovní terapie, zahrada s bazénem, třída pro školní výuku.

Viz příloha č. V fotografie zařízení č. 1, 2.

(Více informací na World Wide Web dostupný z <http://www.ouss-uh.cz/uspmkunovice.htm>, cit. 7. 1. 2011).

4.4.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory Kunovice – Cihlářská

Zařízení s celoroční pobytovou službou. Zprostředkovává sociální poradenství, výchovné, vzdělávací činnosti, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Má čtyři oddělení (D1 mužské, D2, E1, E2 ženské). Cílovou skupinu tvoří muži a ženy s mentálním postižením a muži a ženy s kombinovaným postižením ve věku od 19 do 80 let. Cílem domova je rozvíjení osobnosti všech uživatelů, vytváření podmínek pro jejich seberealizaci, podporování integrace uživatelů do společnosti, respektování a uplatňování práv, a celkové zlepšování kvality života. Domov poskytuje širokou nabídku volnočasových aktivit. Uživatelé se aktivně účastní sportovních a kulturních akcí, rekreačních pobytů. Zařízení poskytuje odbornou lékařskou péči a je nakloněno k rozvoji duchovního života uživatelů.

Součástí přílohy č. V jsou fotografie zařízení viz č. 3, 4.

(Více informací na World Wide Web dostupný z <http://dzp-kunovice.webnode.cz//>, cit. 7. 1. 2011).

4.4.3 Domov pro osoby se zdravotním postižením – Staré Město

Zařízení s celoroční pobytovou službou, které je rozděleno do čtyř oddělení. Cílovou skupinu tvoří osoby s mentálním postižením a osoby s kombinovaným postižením. Domov se zaměřuje na osobnost uživatelů, jejich možnosti a schopnosti. Je kladen důraz na uplatňování vlastní vůle a samostatnosti uživatelů. Domov zprostředkovává volnočasové aktivity, pracovní terapie, zdravotní péči a rehabilitaci, obslužnou a ošetrovatelskou péči, poradenství, společenské a kulturní akce. Součástí zařízení je tělocvična s rekondičním vybavením, zahrada a kaple Svatého kříže. Uživatelé se každoročně účastní rehabilitačních a rekondičních pobytů v rekreačních zařízeních. Domov vydává vlastní časopis Motýlek.

Součástí přílohy č. V jsou fotografie zařízení viz č. 5.

(Více informací na World Wide Web dostupný z <http://www.ouss-uh.cz/uspdsm.htm>, cit. 7.1.2011).

4.4.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská

Zařízení s celoroční pobytovou službou, které je určeno dospělým osobám a seniorům s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením. Cílem poskytovaných služeb je nejen zajištění biologických, sociálních, a kulturních potřeb, ale také začleňování uživatelů do společnosti. Podporována je především samostatnost uživatelů. Součástí nabízených služeb je zajištění zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Uživatelé bydlí ve čtyřech jednopatrových domcích v osmi komunitách. Každá komunita sdružuje jedenáct až šestnáct klientů. K náplni volného času slouží košíkářské, šicí, tkalcovské, keramické, grafické a stolařské dílny. V rámci terapie se uživatelé mohou účastnit muzikoterapie či canisterapie. Při sportovních aktivitách se mohou zapojit do aerobiku, turistiky nebo jízdy na kolech. Každoročně jezdí na rekreační pobyty. Pravidelně navštěvují divadelní a filmová představení. V domově funguje pěvecký, taneční a divadelní soubor Kopretina. Součástí zařízení je kaple, rozsáhlá zahrada, skleník a antukové hřiště.

Viz příloha č. V fotografie zařízení č .6, 7.

(Více informací na World Wide Web dostupný z <http://www.dzp-buchlovska.cz/>, cit 6. 1. 2011).

4.4.5 Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice

Celoroční pobytové zařízení. Cílovými skupina jsou děti a mládež se středně těžkým a těžkým mentálním postižením a osoby s kombinovanými vadami. Péče je poskytována také dětem, které mají nařízenou ústavní výchovu. Závislost uživatelů na pomoci a podpoře ze strany druhých osob je vysoká. Služby směřují k samostatnému rozvoji uživatelů včetně podpory integrace a vzdělávání. Zařízení je děleno do čtyř oddělení.

Oddělení I. je určeno uživatelům s těžkým kombinovaným postižením, kteří jsou trvale odkázáni na pomoc druhé osoby a jsou trvale odkázáni na lůžko.

Oddělení II. poskytuje péči a podporu uživatelům částečně mobilním.

Oddělení III. poskytuje péči a podporu uživatelům plně imobilním.

Oddělení IV. je určeno uživatelům mobilním se středním a těžkým mentálním postižením.

Při rehabilitaci pracovníci domova využívají Kabatovu metodu, Bobathovu metodu, míčkování, perličkovou koupel, aromaterapii a Shitasu (doteková masáž akupunkturních drah).

Zařízení zprostředkovává vzdělávání v rámci spolupráce se Základní a mateřskou školou speciální.

Součástí přílohy č. V je fotografie zařízení viz č. 8.

(Více informací na World Wide Web dostupný z <http://www.ouss-uh.cz/uspmmedlovice.htm>, cit. 6. 1. 2011).

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉHO NA KVALITU ŽIVOTA POHLEDEM OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

U většiny otázek je sestavena tabulka nebo graf, které zachycují výsledky šetření. Při vyhodnocení byla zachována posloupnost jednotlivých oblastí kvality života podle rozhovorového schématu.

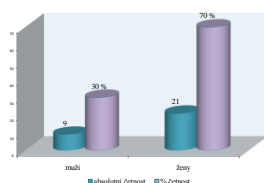
Při realizaci průzkumného šetření byla blíže objasněna zkoumaná oblast kvality života. Každý respondent měl možnost výběru, kterou oblastí začne. Převážná většina dotázaných zachovala původní řazení oblastí. V rámci rozhovorového schématu byla zjišťována především spokojenost s danou oblastí. Zaznamenány byly také konkrétní výpovědi respondentů, kteří měli možnost se téměř ke každé otázce vyjádřit. V průzkumném šetření nás nejprve zajímaly základní údaje o respondentech, dále byly zodpovězeny otázky týkající se zdraví, soběstačnosti a bydlení. Neopomenuta nebyla ani oblast vzdělání a vztahů, jak rodinných, přátelských, tak osobních. Respondenti měli možnost vyjádřit se ke svému volnému času a zaměstnání jak minulém, současném tak i budoucím. V poslední části rozhovorového schématu byla pozornost zaměřena na služby a spokojenost respondentů s jednotlivými oblastmi života.

5.1 Základní údaje o respondentech

V rámci první oblasti zodpovídali respondenti otázky týkající se pohlaví, rodinného vztahu, věku, místa bydliště, postižení a jeho hloubky, dalšího přidruženého postižení a způsobilosti k právním úkonům.

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

	absolutní četnost	četnost (%)
muži	9	30
ženy	21	70
celkem	30	100



Graf 1 Pohlaví respondentů

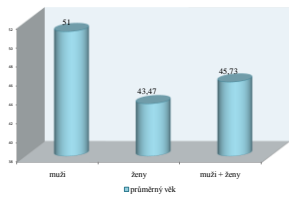
Většinu respondentů tvořily ženy a to v 70 %, muži byli zastoupeni v 30%.

Rodinný stav

Zajímalo nás, zda některý z respondentů či respondentek je ženatý, vdaná, svobodný(á), rozvedený(á), vdovec, vdova a také počet vlastních dětí. Z 30 (100 %) respondentů uvedli pouze 2 (6,66%) ženy, že jsou vdané. Po rozhovoru se zaměstnanci bylo zjištěno, že vdaná je pouze 1 (3,33 %) z nich

Tabulka 4 Průměrný věk respondentů

	průměrný věk
muži	51
ženy	43,47
muži + ženy	45,73

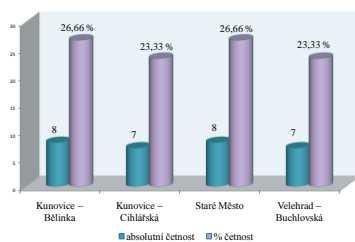


Graf 2 Průměrný věk respondentů

Bylo zjištěno, že většina respondentů je ve středním věku. Průměrný věk mužů činil 51 let, žen 43,47 let.

Tabulka 5 Místo bydliště respondenta

	absolutní četnost	četnost (%)
Kunovice – Bělínka	8	26,66
Kunovice – Cihlářská	7	23,33
Staré Město	8	26,66
Velehrad – Buchlovská	7	23,33
Celkem	30	100



Graf 3 Místo bydliště respondenta

Z grafu je patrné, že 8 (26,66 %) respondentů žije v Kunovicích Na Bělince, 7 (23,33 %) v Kunovicích – Cihlářská, 8 (26,66 %) má bydliště ve Starém Městě a 7 (23,33 %) na Velehradě – Buchlovská.

Tabulka 6 Uvědomění si svého postižení

	absolutní četnost	četnost (%)
DMO	2	6,66
epilepsie	1	3,33
schizofrenie	1	3,33
kombinované postižení	1	3,33
ano, mám postižení	2	6,66
neopovědělo	23	76,66
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Uvědomění si svého postižení je součástí CD přílohy – Graf č. 1)

Zajímalo nás, kolik respondentů si své postižení uvědomuje. Z 30 respondentů si své postižení uvědomuje pouze 7 (23,33 %) z nich. Ostatní respondenti si svého postižení nejsou vědomi. Za své postižení považují DMO, epilepsii, schizofrenii, kombinované postižení, 2 (6,66 %) dotázaní konkrétní postižení neuvedli.

Tabulka 7 Hloubka postižení (stupeň mentálního postižení)

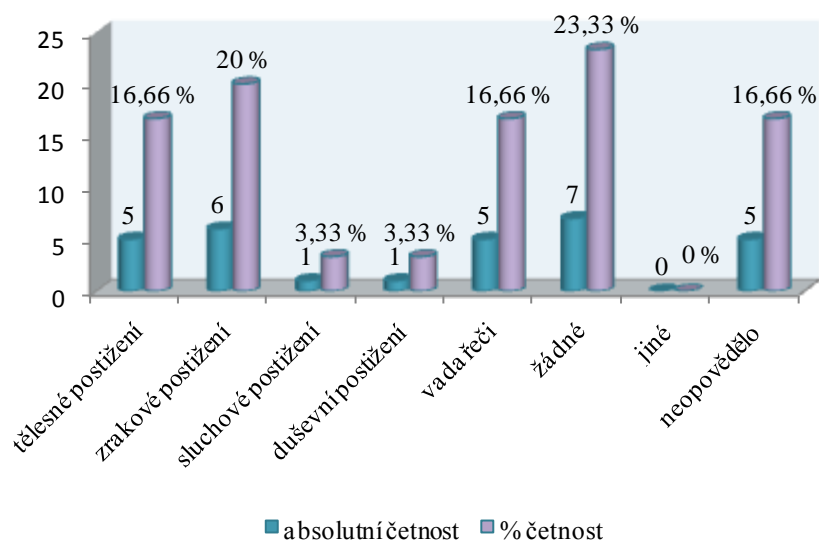
	absolutní četnost	četnost (%)
lehká MR	1	3,33
středně těžká MR	0	0
těžká MR	1	3,33
hluboká MR	0	0
neopovědělo	28	93,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Hloubka postižení (stupeň mentálního postižení) je součástí CD přílohy – Graf č. 2)

Při otázce zaznamenávající **hloubku mentálního postižení** bylo zjištěno následující. Ze všech respondentů uvedli pouze 2 (6,66 %) z nich hloubku svého postižení a to v jednom případě lehkou MR a v druhém těžkou MR. Na základě informací od zaměstnanců domova bylo zjištěno, že převážná většina klientů má středně těžkou mentální retardaci.

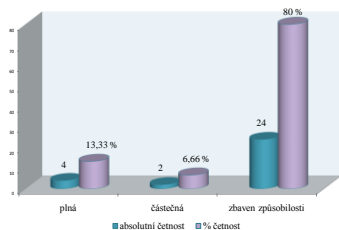
Tabulka 8 Přidružené postižení

	absolutní četnost	četnost (%)
tělesné postižení	5	16,66
zrakové postižení	6	20
sluchové postižení	1	3,33
duševní postižení	1	3,33
vada řeči	5	16,66
žádné	7	23,33
jiné	0	0
neopovědělo	5	16,66
celkem	30	100



Graf 4 Přidružené postižení

Bylo zjišťováno, zda respondent má **přidružené postižení** či nikoli. 7 (23,33 %) respondentů uvedlo, že žádné přidružené postižení nemají. Z dalších postižení bylo uváděno zrakové, tělesné a vada řeči. Sluchové a duševní postižení bylo zaznamenáno pouze v 1 (3,33 %) případě.



Graf 5 Způsobilost k právním úkonům

(Pozn. Tabulka č. 1 Způsobilost k právním úkonům je součástí CD přílohy)

Zajímalo nás, jakou mají uživatelé **způsobilost k právním úkonům**. Z grafu vidíme, že 4 (13,33 %) respondenti uvedli, že mají plnou způsobilost a 2 (6,66 %) částečnou. Po rozhovoru se zaměstnanci bylo zjištěno, že pouze 2 (6,66 %) respondenti mají plnou způsobilost k právním úkonům. Ostatní jsou způsobilosti zbaveni.

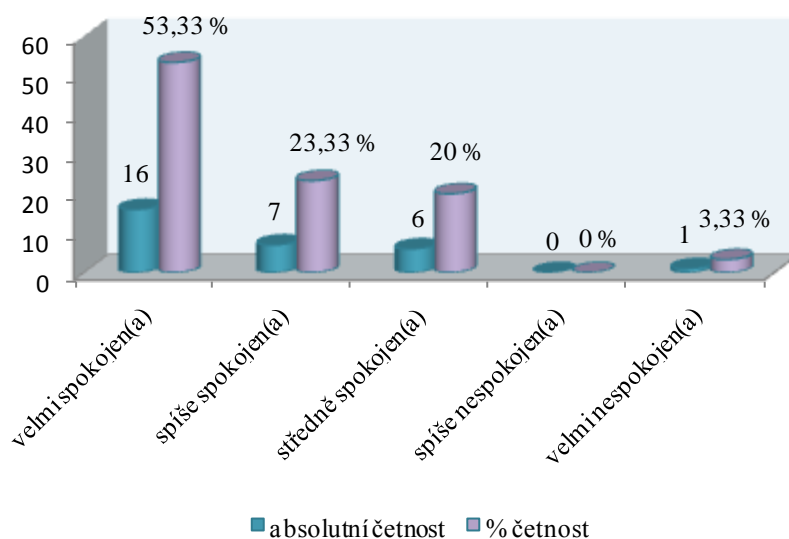
První oblast rozhovoru činila mnohým respondentům potíže. Bylo nutné blíže objasnit kladené otázky. Slovo postižení bylo pro některé z nich zcela novým. Někteří respondenti měli problém s uvědoměním si svého věku. Ze získaných údajů vyplývá, že mnozí uživatelé nejsou zvyklí o dané oblasti hovořit.

5.2 Pohled na zdraví respondentů

Druhou oblastí průzkumného šetření byl pohled na zdraví. Tato oblast zahrnovala pět položek, byly voleny jak otázky uzavřené, otevřené, tak polootevřené. Zajímalo nás, jak respondenti hodnotí své zdraví, zda jsou s ním spokojeni či nikoli, dále zda přítomné zdravotní obtíže a postižení znesnadňuje respondentům život, jakým způsobem pečují o své zdraví a v závěru celková spokojenost životem.

Tabulka 9 Spokojenost se zdravím

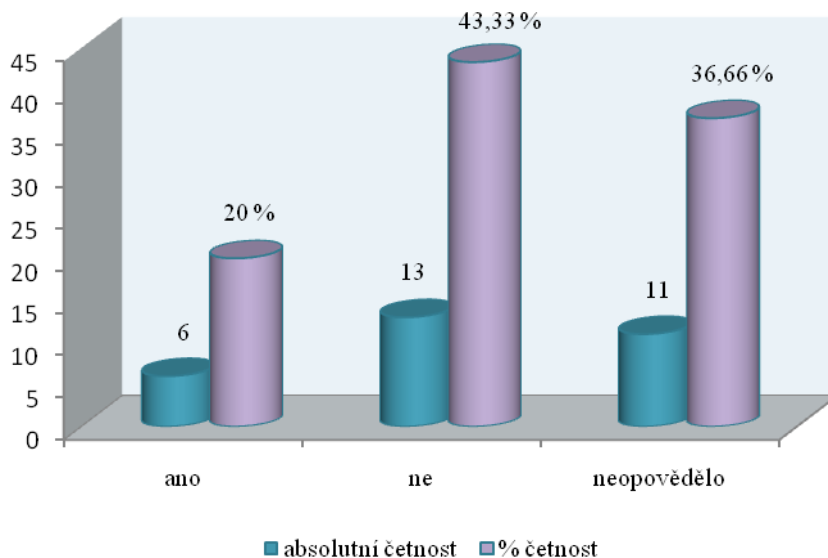
	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	16	53,33
spíše spokojen(a)	7	23,33
středně spokojen(a)	6	20
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	1	3,33
celkem	30	100

**Graf 6 Spokojenost se zdravím**

Zajímalo nás, zda jsou uživatelé **spokojeni se svým zdravím**. Velmi spokojeno je více než polovina dotázaných. Spíše spokojeno je 7 (23,33 %) respondentů, Středně spokojeno je 6 (20 %) respondentů, 1 (3,33 %) respondentka je se svým zdravím velmi nespokojena. „*Se svým zdravím nejsem vůbec spokojena, půl roku mám problémy s kyčelním kloubem. Mám slíbenou operaci, ale pořád není místo.*“ (žena, 43 let)

Se **zdravotními obtížemi** se potýká 12 (40 %) respondentů. Za zdravotní obtíže pokládají cukrovku, problémy s tlakem, se srdcem, nervy a také omezený pohyb rukou a nohou. „*Potíže mám, a to velké. Léčím se s nervama. Už několik let dojíždím k paní doktorce. Kvůli tomu mě taky dali do domova. Doma bych to sám nezvládl.*“ (muž, 52 let) 18 (60 %) dotázaných nemá žádné zdravotní obtíže.

(Pozn. Tabulka č. 2, Grafické znázornění Zdravotní obtíže je součástí CD přílohy – Graf č. 3)



Graf 7 Postižení respondenta

(Pozn. Tabulka č. 3 Postižení respondenta je součástí CD přílohy)

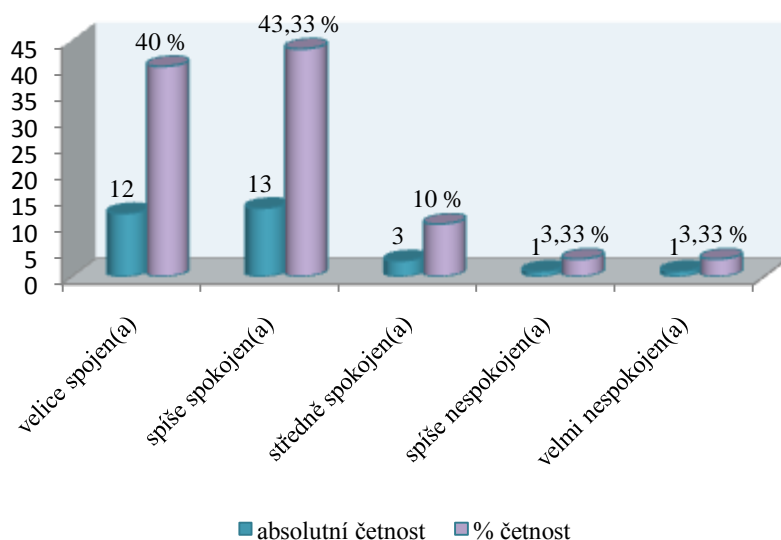
Zajímalo nás, zda respondent má nějaké **postižení** a zda mu **znesnadňuje žít běžným životem**. 6 (20 %) dotázaných uvedlo, že jisté postižení mají. Největší omezení spatřují v samostatném pohybu. Důvodem je DMO, protéza či vozík, který využívá k pohybu 1 (3,33%) respondentka. 13 (43,33 %) dotázaných poznamenalo, že postižení nemají. 11 (36,66 %) respondentů otázku nezodpovědělo.

„Víte, já jsem celý život na vozíku. Neudělám nic sama. Taky když jdem na vycházku, tak mě berou jen občas, nebo když přijdou dobrovolníci. Ale já už jsem si zvykla.“
(žena, 42 let)

Na otázku týkající se **péče o zdraví**, všech 30 respondentů uvedlo, že se snaží v rámci svých možností o zdraví pečovat. Někteří z nich by péči o zdraví ještě zlepšili, ale pro zlepšení je nenapadlo nic konkrétního. Současná péče o zdraví spočívá v chození na vycházky, cvičení v tělocvičně, plavání, otužování se a ve zdravější stravě. Jedna respondentka, která se kvůli tělesnému postižení pohybuje na vozíku, spatřuje největší pokroky v tom, že vydrží několik minut stát s oporou madla a také se pokouší o lezení po koberci.

Tabulka 10 Spokojenost se životem

	absolutní četnost	četnost (%)
velice spojen(a)	12	40
spíše spokojen(a)	13	43,33
středně spokojen(a)	3	10
spíše nespokojen(a)	1	3,33
velmi nespokojen(a)	1	3,33
celkem	30	100



Graf 8 Spokojenost se životem

Z šetření vyplývá, že uživatelé jsou v převážné většině velmi spokojeni a spíše spokojeni. Jeden z respondentů podotknul: „Vadí mi více postižení na jednom zařízení.“ (muž, 44 let) Velmi nespokojena byla žena, která vše zdůvodňuje svými zdravotními obtížemi.

Z oblasti Pohledu na zdraví je patrné, že uživatelé své zdraví hodnotí spíše kladně, což má zásadní vliv na celkovou spokojenost se životem. Také jsme zjistili, že péče o zdraví spočívá převážně v běžných denních aktivitách, bylo vidět, že respondenti nejsou informováni o jiných alternativách mající vliv na zdravotní pohodu.

5.3 Úroveň soběstačnosti respondentů

Následující oblast průzkumného šetření byla věnována soběstačnosti. Uživatelům bylo položeno pět otázek, vztahující se k vlastní soběstačnosti, péči o sebe samého, zajímala nás také úroveň sebeobslužných činností spojených s nakupováním, vařením, obsluhou televize či schopností vyřídit si průkazku MHD. Poslední dvě položky zaznamenávaly nutnost podpory při vykonávání činností.

Tabulka 11 Úroveň soběstačnosti

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	25	83,33
spíše ano	2	6,66
středně	0	0
spíše ne	1	3,33
vůbec ne	1	3,33
neopovědělo	1	3,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Úroveň soběstačnosti je součástí CD přílohy – Graf č. 4)

Téměř všichni respondenti 25 (83,33 %) jsou zcela soběstační. Péči o vlastní osobu zvládají bez pomoci druhých osob. Kvůli závažnému tělesnému postižení je 1 (3,33 %) uživatelka trvale odkázána na podporu druhých osob. „*Jak vidíte, nedokážu nic, musí mně pomáhat.*“ (žena, 42 let)

Jedna uživatelka poznamenala: „*V zařízení jsem soběstačná ve všem, ale pokud bych bydlela ve vlastním domě, tak bych všechno sama asi nezvládla.*“ (žena, 24 let)

Z otázky zaměřující se na **péči o vlastní osobu** vyplynulo, že 25 (83,33 %) respondentů nepotřebuje při oblékání, obouvání, stravování žádnou podporu ze strany druhých osob. Respondenti uvedli, že spíše pomáhají ještě ostatním uživatelům. Občasnou pomoc potřebují 4 (13,33 %) respondenti. Jedna respondentka poznamenala: „*Sestřičky potřebuju při všem.*“ (žena, 42 let)

(Pozn. Tabulka č. 4, Grafické znázornění Péče o vlastní osobu je součástí CD přílohy – Graf č. 5)

Jedna z dalších položek byla směřována **k sebeobslužným činnostem**. Bylo zjišťováno, zda uživatelé domova dokážou sami nakoupit, vyprat, vyžehlit, obsluhovat cd přehrávač, televizi, počítač. Také jsme se tázali, zda by si sami dokázali vyřídit průkazku na MHD či občanský průkaz.

Pouze jeden dotázaný zvládá veškeré sebeobslužné činnosti samostatně. Všichni respondenti by dokázali nakoupit, obsluhovat cd přehrávač, televizi, někteří i počítač.

„Televizi máme každý na pokoji, takže to umíme všichni.“ (muž, 51 let)

„Já si na televizi potrpím, sleduju tam každý den fotbal, mám totiž satelit.“ (muž, 51 let)

„Nakupovat chodím. Hned vedle domova máme obchod. Většinou nakupuju sladkosti.“ (žena, 39 let) Vaření a žehlení bylo komentováno následovně: *„O nás se tady starají se vším všudy, takže nemám důvod to ani zkoušet.“* (muž, 47 let)

Vyřízení občanského průkazu by zvládli pouze 2 (6,66 %) dotázaní. Pomoc druhému člověku by zvládla asi polovina respondentů. Jedna z možností jak si představují pomoc druhému je jeho doprovázení na dané místo či uvaření potřebného nápoje. 1 (3,33 %) uživatelka kvůli těžkému tělesnému postižení vyžaduje při veškeré sebeobslužné činnosti podporu ze strany vychovatelů.

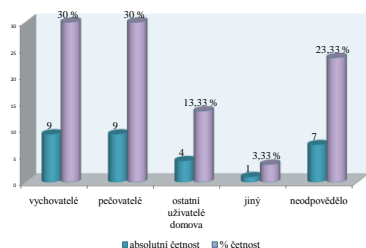
Tabulka 12 Podpora druhých osob

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	1	3,33
občas	7	23,33
ne	22	73,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Podpora druhých osob je součástí CD přílohy – Graf č. 6)

Občasná **podpora** při obouvání a hygieně je nutná u 7 (23,33 %) uživatelů. Jedna respondentka kvůli problému s rovnováhou potřebuju pomoc při odnesení jídla ke stolu a zalití čaje nebo kávy horkou vodou. *„Mám špatnou rovnováhu, bála bych se, že mi všechno spadne.“* (žena, 24 let)

Osoby pohybující se na vozíku vyžadují podporu při vycházkách nebo pohybu po zařízení. Podpora ve všech činnostech (hygiena, oblékání, stravování) je nezbytná u jedné z uživatelů zařízení.



Graf 9 Osoby poskytující podporu v domově i mimo domov

(Pozn. Tabulka č. 5 Osoby poskytující podporu v domově i mimo domov je součástí CD přílohy)

Z grafu je patrné, že nejčastěji je podpora poskytována vychovateli (30 %) a pečovateli (30 %). Spočívá především v podávání léků a doprovodu při různých akcích mimo zařízení. Ostatní uživatelé pomáhají svým spolubydlícím s oblékáním, roznosem jídla či s ukládáním ke spánku. Jeden respondent uvedl podporu ze strany sociálního pracovníka.

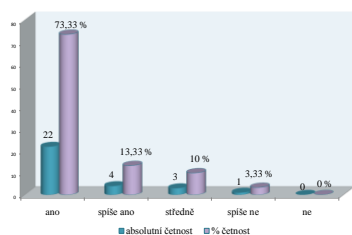
Šetřená oblast týkající se soběstačnosti nás utvrdila v tom, že většina respondentů je samostatných, co se týká běžných úkonů péče o vlastní osobu. Patrné je také to, že činnosti jako je vaření, praní, žehlení respondenti za důležité nepovažují. Nemají potřebu je ani vyzkoušet. Berou je jako samozřejmost domova. Složitější úkony, jako je vyřizování občanského průkazu či průkazu MHD, jsou v režii pracovníků.

5.4 Bydlení respondentů

Oblast bydlení byla rozčleněna do čtyř otázek. Na prvním místě nás zajímala spokojenost s bydlením. Uživatelé sami srovnávali své předchozí bydlení s nynějším. Respondenti měli možnost vyjádřit se ke vztahům na pokoji. Společně jsme se zamýšleli, jak by mělo vypadat jejich budoucí bydlení, zda by vyzkoušeli něco nového, nebo preferují bydlení, tak jak bylo doposud.

Tabulka 13 Spokojenost s bydlením v domově

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	22	73,33
spíše ano	4	13,33
středně	3	10
spíše ne	1	3,33
ne	0	0
celkem	30	100



Graf 10 Spokojenost s bydlením v domově

Se svým bydlením je spokojena většina respondentů. Jako pozitivum je uváděno zařízení pokojů, dostatečně velký prostor pokoje, klid, možnost vlastní výzdoby, kamarádi. „*Já jsem s bydlením velmi spokojena. Co víc potřebuju? Mám tady postaráno.*“ (žena, 32 let) „*Hlavně, že je tady klid.*“ (muž, 60 let)

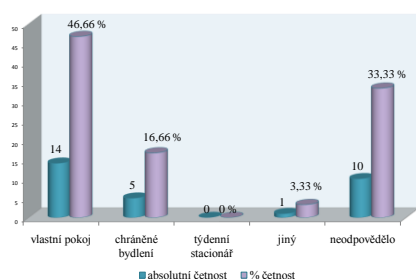
Tři uživatelé uvádějí neshody se svými spolubydlicími na pokoji, což má zásadní význam na jejich spokojenost s bydlením. Jeden uživatel vidí problém v tom, že nemůže vykonávat činnosti dle svého plánu.

Při vznesení otázky, zda má uživatel **vlastní pokoj**, většina odpovídala, že ano. Po důkladném rozhovoru bylo zjištěno, že v mnoha případech pokoj s někým sdílí. Uživatelé převážně bydlí na pokoji po dvou, v jednom zařízení po třech. Jedna respondentka (3,33 %) bydlí ve svém vlastním pokoji již pět let. „*Jsem nadmíru spokojená. Vždycky se tu zavřu a prohlížím si knížky. Číst je neumím, protože mě to nikdo nenaučil a vychovatelky na mě nemají čas.*“ (žena, 38 let) „*Vlastní pokoj mám, ale jsem tam se spolubydlícím, který nemluví, takže to беру, že tam jsem sám.*“ (muž, 51 let)

(Pozn. Tabulka č. 6, Grafické znázornění Vlastní pokoj je součástí CD přílohy – Graf č. 7)

Respondenti vnímají **vztahy na pokoji** jako dobré. Někteří spolubydlící mluví málo, nebo vůbec, a proto nemusí řešit zbytečné neshody mezi sebou. Jeden respondent uvedl: „*Vadí mně neohleduplnost mého spolubydlícího. Třeba v noci chodí po pokoji a já nemůžu spát.*“ (muž, 44 let) „*Já bydlím s Maruškou a moc si s ní rozumím. Chtěla bych s ní bydlet pořád.*“ (žena, 49 let)

(Pozn. Tabulka č. 7, Grafické znázornění Vztahy na pokoji – vzájemné porozumění je součástí CD přílohy – Graf č. 8)



Graf 11 Představa svého budoucího bydlení

(Pozn. Tabulka č. 8 Představa svého budoucího bydlení je součástí CD přílohy)

Téměř polovina respondentů (46,66 %) by ráda bydlela ve vlastním pokoji. Nejvíce je láká samostatné hospodaření, nakupování, vaření. „*Chtěla bych sama nakupovat a vařit. Nikdy jsem to nedělala. A kdybych to nezvládla, tak bych se vrátila zpátky.*“ (žena, 40 let) „*No lákalo by mě to, ale asi bych to nedokázala. Nic neumím.*“ (žena, 61 let) „*Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel, ale asi chráněné bydlení na zkoušku.*“ (muž, 47 let) Chráněné bydlení by nejraději sdíleli se svým přítelem či kamarádkou. Devíti (30 %) respondentům vyhovuje současné bydlení. Jeden (3,33 %) respondent nemá zatím žádnou představu o svém budoucím bydlení.

Bydlení bylo oblastí, na kterou respondenti nejvíce reagovali. Jejich pokoj má pro ně významnou hodnotu. Mají možnost si jej vyzdobit podle sebe, což považují za jedno z nejdůležitějších. Přes veškeré výtky nebyl nikdo, kdo by chtěl zařízení kvůli bydlení a vztahům na pokoji opustit.

5.5 Vzdělání respondentů

Vzdělání, jakožto další oblast kvality života, bylo pátým v pořadí. Obsahovalo šest položek – navštěvování mateřské školy, základní školy, ukončené vzdělání, současné vzdělávání, vzdělávání v budoucnu a v závěru bylo zjišťováno přání v oblasti vzdělání. Mnohým respondentům činilo potíže si vzpomenout, zda vůbec do školy chodili a o jaký typ školy se jednalo. Tato oblast nebyla respondenty nijak rozsáhleji komentována.

Tabulka 14 Navštěvování mateřské školy

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	12	40
ne	18	60
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Navštěvování mateřské školy je součástí CD přílohy – Graf č. 9)

Respondenti navštěvovali mateřskou školu běžného typu převážně v místě svého původního bydliště. Jeden respondent docházel do mateřské školy speciální, další navštěvoval mateřskou školu přímo v pobytovém zařízení. Na vzájemné vztahy mezi spolužáky si příliš nevzpomínají. „Do mateřské školy jsem chodila, ale jaké to tam bylo už nevím.“ (žena, 40 let) „Jo chodila jsem v Brně, kamarádi jsme byli všichni, ale teďka se už vůbec nevidáme.“ (žena, 32 let)

Tabulka 15 Navštěvování základní školy

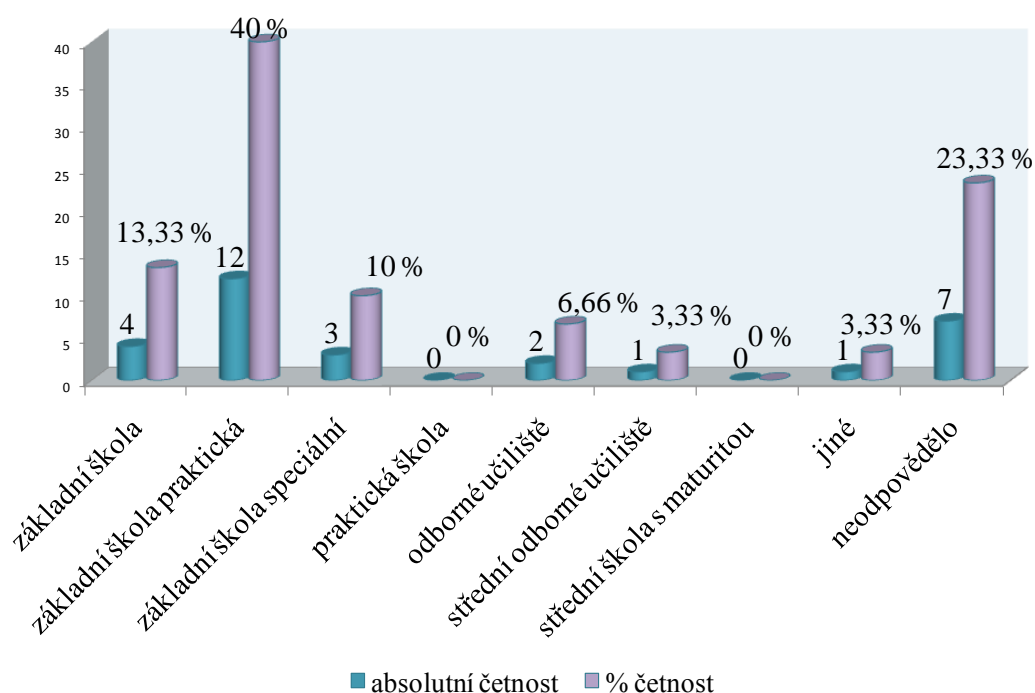
	absolutní četnost	četnost (%)
ano	25	83,33
ne	5	16,66
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Navštěvování Základní školy je součástí CD přílohy – Graf č. 10)

Většina respondentů základní školu navštěvovala. 4 (13,33 %) uživatelé plnili povinnou školní docházku v základní škole běžného typu, 3 (10 %) respondenti docházeli do základní školy speciální a 8 (26,66 %) do základní školy praktické. Ostatní dotázaní si na typ školy nemohli vzpomenout. Vztahy se spolužáky byly u většiny velmi dobré. Jedna respondentka uvedla: „Do školy jsem chodila, neměli mě tam rádi a bili mě. Učitelky byly taky hrozné.“ (žena, 49 let)

Tabulka 16 Nejvyšší ukončené vzdělání

	absolutní četnost	četnost (%)
základní škola	4	13,33
základní škola praktická	12	40
základní škola speciální	3	10
praktická škola	0	0
odborné učiliště	2	6,66
střední odborné učiliště	1	3,33
střední škola s maturitou	0	0
jiné	1	3,33
neodpovědělo	7	23,33
celkem	30	100

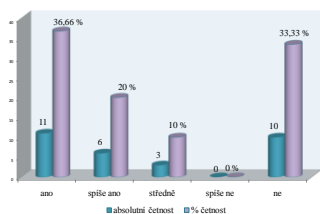


Graf 12 Nejvyšší ukončené vzdělání

Ve srovnání s předchozí otázkou uvedlo **nejvyšší ukončení vzdělání** již 23 (76,66 %) respondentů. 2 (6,66 %) z uživatelů mají vystudované odborné učiliště. „*Studoval jsem zahradníka – zelináře, ale teď to nedělám.*“ (muž, 44 let) „*Chodila jsem na Rodinnou školu v Brně, na Kociánku, bylo to na 2 a půl roku.*“ (žena, 24 let). 1 (3,33 %) z uživatelů vystudoval Střední odborné učiliště. „*Mám vystudované Střední odborné učiliště železniční v Šumperku, jsem přímo traťový opravář.*“ (muž, 51 let). Vysokou školu chemickou vystudoval 1 (3,33 %) z dotázaných respondentů.

V **současné době se vzdělává** pouze 1 (3,33 %) respondent. „*Ano, vzdělávám se na počítači.*“ (muž, 44 let) Ostatní uživatelé se nevzdělávají. Většina uživatelů neví, zda je vůbec ještě nějaká možnost se vzdělávat a jestli by dané požadavky zvládli.

(Pozn. Tabulka č. 9, Grafické znázornění Současné vzdělávání je součástí CD přílohy – Graf č. 11)



Graf 13 Význam vzdělávání v budoucnu

(Pozn. Tabulka č. 10 Význam vzdělávání v budoucnu je součástí CD přílohy)

Zájem o **vzdělávání v budoucnu** byl spatřen spíše u mladších respondentů. Ke vzdělávání jsou nakloněni, ovšem pochybují o svých schopnostech studium zvládnout. Přínos vzdělávání vidí v možnosti čtení knih, docházení do knihovny, psaní dopisů, v práci na počítači, hospodaření s penězi. 1 (3,33 %) respondent uvedl: „*Myslím, že je velmi potřebné, aby se člověk vzdělával po celý život.*“ (muž, 49 let)

Většina respondentů (56,66 %) **přání v oblasti vzdělávání** neprojevila. Zájem převažoval u respondentů nižšího věku a převážně u žen. „*Vždycky jsem chtěla pracovat ve zdravotnictví. Kdyby byla možnost ještě chodit studovat, tak bych to zkusila. Ale myslím, že na to nemám.*“ (žena, 41 let) „*Mě by bavilo pomáhat druhým lidem.*“ (žena, 49 let) Dále by se rádi zdokonalili v práci na počítači. Z profesí byla zmíněna kadeřnice, výtvarnice, kuchařka, uklízečka, švadlena a zedník. „*Šila jsem dětské oblečení, ale už jsem to zapomněla. Zase bych chodila do nějakého kroužku.*“ (žena, 39 let)

Z šetření vyplynulo, že navštěvování mateřské, základní, střední školy bylo preferováno u mladších respondentů. Význam spatřují převážně v tom, že se naučili číst a psát. Vzdělávat v budoucnu by se chtěli ve většině případů ženy. Mužům vyhovuje klid, který mají a nemusí mít další starosti někam docházet a studovat. Z rozhovoru bylo také patrné, že uživatelé o dalších možnostech vzdělávání mnoho netuší, neví, jestli vůbec mají šanci se ještě vzdělávat. Nabídky jim nejsou prezentovány.

5.6 Vztahy respondentů

Oblast vztahů byla hodně rozporuplnou oblastí. U některých respondentů bylo zaznamenáno nadšení o této oblasti hovořit. Jiní odmítli a k otázce se dále nevyjadřovali. Oblast vztahů obsahovala 12 položek. Svou pozornost jsme zaměřili jak na vztahy rodinné, přátelské, tak i partnerské. Poslední otázka se vztahovala na celkové hodnocení vztahů v domově.

Tabulka 17 Přátelé, význam přátel

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	29	96,66
ne	1	3,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Přátelé, význam přátel je součástí CD přílohy – Graf č. 12)

Z tabulky je zřejmé, že uživatelé domova pokládají **přátele** ve svém životě za velmi důležité. Převážná většina má přátele přímo v zařízení a to často své spolubydlící. Někteří udržují kontakty s přáteli z dřívějších míst trvalého bydliště. 1 (3,33 %) respondentka si našla nejvíce přátel ve vesnici, kde se zařízení domova nachází. Význam přátel spatřují ve vzájemné pomoci, radě, povyprávění si a společném trávení volného času. „Mám nejlepší kamarádku Lidušku. Bydlí se mnou na pokoji.“ (žena, 63 let) „Kamarády mám tady v domově, baví mě to s nimi.“ (muž, 60 let) „Kamarády mám hlavně venku, jsem s nimi ráda, ale nevím, jestli to tady můžu říct.“ (žena, 49 let)

Kontakt s přáteli je udržován u 24 (80 %) respondentů každodenně. Se svými přáteli se stýkají přímo v domově. 4 (13,33 %) respondenti se vidí se svými přáteli jen o víkendu. 2 (6,66 %) dotázaní se s přáteli nestýkají vůbec.

(Pozn. Tabulka č. 11, Grafické znázornění Kontakt s přáteli je součástí CD přílohy – Graf č. 13)

Tabulka 18 Vlastní (původní) rodina

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	29	96,66
ne	1	3,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Vlastní (původní) rodina je součástí CD přílohy – Graf č. 14)

Zajímalo nás, kolik respondentů má svou **vlastní (původní) rodinu**. Z tabulky vyplývá, že 29 (96,66 %) dotázaných rodinu má. Za rodinu považují rodiče, sourozence, prarodiče, bratrance a sestřenice. Pouze 1 (3,33 %) žena o svou rodinu přišla.

„Mám maminku na Slovensku.“ (žena, 40 let) „Mám pět sester a jednoho bratra.“

(žena, 63 let) „Mám mamku a tatku a taky dvě sestry.“ (žena, 39 let)

Tabulka 19 Hodnocení vztahu s rodinou

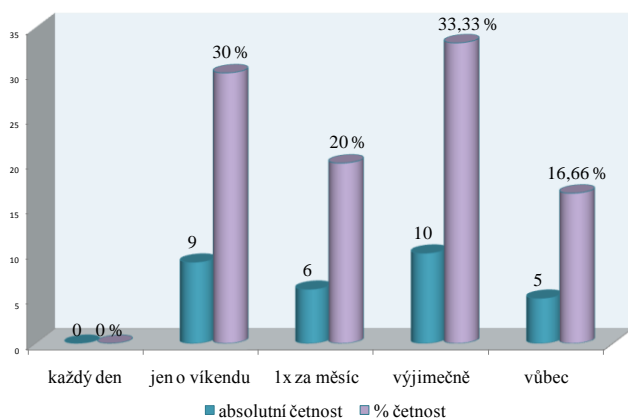
	absolutní četnost	četnost (%)
výborný	18	60
docela dobrý	2	6,66
středně dobrý	5	16,66
spíše špatný	1	3,33
špatný	4	13,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Hodnocení vztahu s rodinou je součástí CD přílohy – Graf č. 15)

Z šetření je patrné, že většina uživatelů hodnotí svůj vztah s rodinou jako výborný nebo dobrý. Špatný vztah uvádí 4 (13,33 %) respondenti, z toho 1 (3,33 %) respondent hovoří o špatném vztahu pouze s matkou, s otcem vychází výborně.

Respondenti uvedli, že **kontakt s rodinou** je převážně udržován. 1 (3,33 %) respondent považuje kontakt s rodinou za velmi špatný. Důvod jeho neudržování je ze strany rodiny, která ztratila veškerý zájem. „*Nechci se o rodině bavit. Vůbec se o mě nezajímají. Je jim to jedno.*“ (muž, 56 let)

(Pozn. Tabulka č. 12, Grafické znázornění Kontakt s rodinou je součástí CD přílohy – Graf č. 16)



Graf 14 Četnost setkávání s rodinou

(Pozn. Tabulka č. 13 Četnost setkávání s rodinou je součástí CD přílohy)

Zajímala nás **četnost setkávání s rodinou**. Bylo zjištěno, že uživatelé udržují s rodinou spíše telefonický kontakt. Volají si několikrát do týdne. Někteří respondenti poznamenali, že za rodinou dojíždí a to na Velikonoce a Vánoce. Jeden uživatel pravidelně odjíždí na víkendy za svou rodinou.

Partnerským vztahům bylo věnováno 5 otázek. Zajímalo nás, zda měli či mají respondenti vážnou známost, jaká je či byla četnost setkávání s přítelkyní, spokojenost s partnerským životem, výhled do budoucna a plánování dětí.

Tabulka 20 Partnerské vztahy – vážná známost

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	17	56,66
ne	13	43,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Partnerské vztahy – vážná známost je součástí CD přílohy – Graf č. 17)

Polovina respondentů (56,66 %) uvedla, že **vážnou známost** měla. Partnery byli převážně uživatelé z jiných domovů. V současnosti má známost 10 (33,33 %) respondentů. 2 (6,66 %) respondenti mají partnery ze stejného domova, kde žijí. Jeden pár sdílí společný pokoj. 1 (3,33 %) uživatelka poznamenala, že si není jista, zda by partnerský vztah chtěla mít. „Mám manžela, vídáme se každých 14 dnů.“ (žena, 39 let) „Měl jsem přítelkyni ze Záhorovic, teď už spolu nechodíme.“ (muž, 60 let) „Chtěla bych mít Daniela.“ (žena, 40 let)

Zajímalo nás, jak často se respondent mohl či může **setkávat se svou přítelem(kyní)**. Každodenní setkávání s partnerem mělo umožněno pouze 8 (26,66 %) uživatelů. 5 (16,66 %) respondentů se vídalo či vídá s partnerem pouze výjimečně. Udržují spíše telefonický kontakt nebo si píšou. Někteří respondenti se měli možnost scházet se svým partnerem pouze na sportovních akcích či zábavách, kterých se účastnilo více domovů. „S Milanem si píšeme každé 3 měsíce.“ (žena, 61 let) „Měla jsem partnera v Lukovce, ale je to už 9 let, tak nevím, jestli ještě žije. Ani nevím, jak bych to mohla zjistit.“ (žena, 47 let)

(Pozn. Tabulka č. 14, Grafické znázornění Četnost setkávání s přítelem(kyní) je součástí CD přílohy – Graf č. 18)

Spokojenost s partnerským životem - se svým současným partnerským životem je velmi spokojeno až spokojeno 9 (30 %) respondentů. Partnerský život hodnotí kladně. 1 (3,33 %) respondentka uvedla: „Můj přítel splňuje vše, co by měl.“ (žena, 61 let) Respondenti hovořili také o problémech, které v sobě partnerský život skýtá. „Někdy mu moc nevěřím.“ (žena, 49 let) „Občas se pohádáme, jindy jsme zas na sebe hodní.“ 1 (3,33 %) respondentka je se svým partnerským životem velmi nespokojena, důvodem je to, že se s partnerem nemůže vídat.

(Pozn. Tabulka č. 15, Grafické znázornění Spokojenost s partnerským životem je součástí CD přílohy – Graf č. 19)

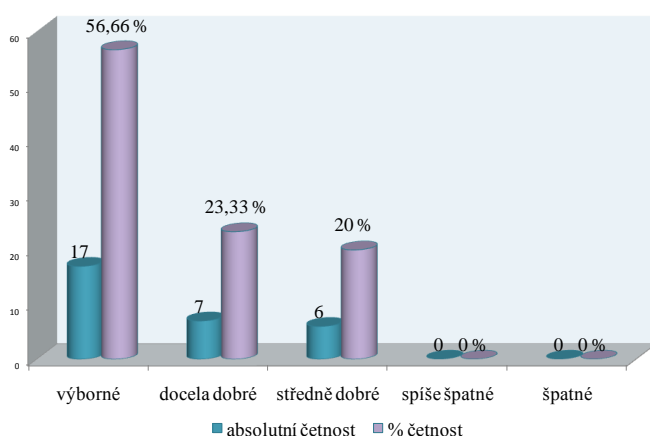
Partnerská budoucnost - z šetření bylo zjištěno, že 7 (23,33 %) respondentů je přesvědčeno, že by společnou budoucnost s partnerem zvládli. Překážku vidí ze strany vedení zařízení či ze strany rodinných příslušníků, kteří si to nepřejí. Respondenti také uvedli, že by si rádi vyzkoušeli alespoň na nějaký čas s partnerem bydlet. 3 (10 %) dotázaní o společné budoucnosti neuvažují. Otázka nebyla zodpovězena v 66,66 %.

„S mým zdravotním stavem by to asi nešlo.“ (žena, 24 let) „Plánujeme, ale sestra si to nepřeje.“ (žena, 49 let)

(Pozn. Tabulka č. 16, Grafické znázornění Partnerská budoucnost – společné soužití je součástí CD přílohy – Graf č. 20)

Zajímalo nás, zda respondenti plánují se svým přítelem(kyní) **děti**. Děti by chtěli mít pouze 2 (6,66 %) respondenti. Jsou přesvědčeni, že by výchovu jednoho dítěte zvládli. 8 (26,66 %) uživatelů si děti mít nepřeje. „Bojím se porodu.“ (žena, 32 let) „Ve svém věku už mít dítě nemůžu.“ (žena, 54 let) 1 (3,33 %) respondentka uvedla: „Dítě bych chtěla mít jen na zkoušku.“ (žena, 49 let) Další uživatelka zmínila, že již jedno dítě s manželem mají. Po rozhovoru se zaměstnanci domova bylo zjištěno, že je to pouze její tajné přání.

(Pozn. Tabulka č. 17, Grafické znázornění Plánování dítěte je součástí CD přílohy – Graf č. 21)



Graf 15 Hodnocení vztahů v domově

(Pozn. Tabulka č. 18 Hodnocení vztahů v domově je součástí CD přílohy)

Vztahy v domově jsou uživateli vnímány jako výborné až dobré. Význam vztahů spatřují ve vzájemné pomoci a porozumění. Napomáhají k celkově dobré atmosféře v domově. Se zaměstnanci si uživatelé rozumí. Respondenti se středně dobrým hodnocení vztahů hovoří o neshodách kvůli názorům. „*Ze zařízení bych nejradši odešel. Chci jít domů.*“ (muž, 60 let)

Z průzkumného šetření vyplynulo, že oblast vztahů je preferována u více než poloviny uživatelů. Za jedny z významných považují rodinné vztahy, které se u většiny respondentů daří udržovat na dobré úrovni. Velký význam v životě uživatelů zauímají přátelé, se kterými mají možnost trávit své volné chvíle. V oblasti partnerských vztahů spatřují respondenti jistá omezení. Podle uživatelů nejsou zařízení partnerským vztahům nakloněna.

5.7 Volný čas v životě respondentů

Oblast volného času byla jednou z nejrozšířenějších. Zahrnovala 8 položek, ke každé z nich měli možnost se respondenti vyjádřit. Pozornost byla věnována zájmům, aktivitám uživatelů, navštěvování kroužků a také spokojenosti s nabídkou volnočasových aktivit.

Tabulka 21 Volný čas v životě uživatelů

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	24	80
spíše ano	4	13,33
středně	1	3,33
spíše ne	0	0
ne	0	0
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Volný čas v životě uživatelů je součástí CD přílohy – Graf č. 22)

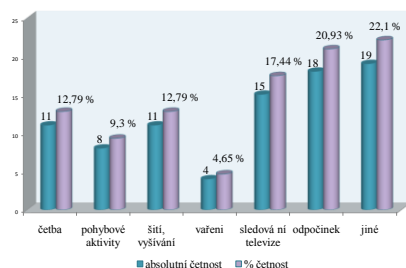
Zajímalo nás, zda mají respondenti ve svém životě **dostatek volného času**. Pojem volný čas musel být respondentům nejprve objasněn. Z tabulky je zřejmé, že převážná většina (80 %) disponuje dostatkem volného času. 1 (3,33 %) respondent na otázku neodpověděl.

Tabulka 22 Využití volného času k vlastním zálibám

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	27	90
občas	3	10
ne	0	0
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Využití volného času k vlastním zálibám je součástí CD přílohy – Graf č. 23)

Zajímalo nás, zda mají uživatelé možnost využívat svého volného času ke svým zájmům a zálibám. Z grafu lze vyčíst, že této možnosti má 27 (90 %) respondentů. „Volného času mám tolik, že dělám denně, co chci.“ (muž 51 let)



Graf 16 Oblíbené aktivity respondentů

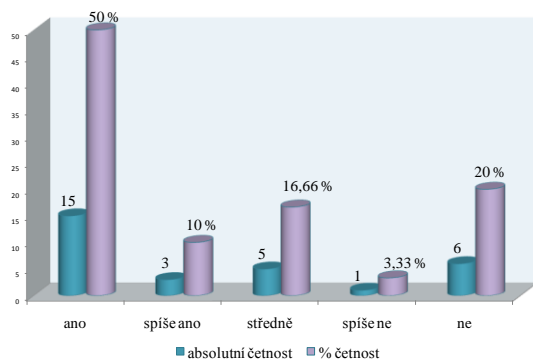
(Tabulka č. 19 Oblíbené aktivity respondentů je součástí CD přílohy)

Následující položka zjišťovala, které **aktivity** patří u uživatelů k jejich **oblíbeným**. Volnočasové aktivity byly u respondentů zastoupeny v hojném počtu. Preferován byl odpočinek (20,93 %), sledování televize (15 %), vyšívání (12,79 %) a četba (12,79 %). Z dalších aktivit se respondenti věnují pletení, psaní na počítači, poslechu rádia, mše svaté, psaní pohledů, pletení, práci na zahradě a ve skleníku, skládání puzzle, návštěvě knihovně, hře na hudební nástroj, pouštění si filmů na DVD přehrávači, zpěvu, společenským hrám, luštění křížovek, sázení na sportovní utkání. „*Nejradši maluju.*“ (žena, 40 let) „*Ráda luštím křížovky a osmisměrky.*“ (žena, 39 let) „*Každý týden tipuji sportovní utkání.*“ (muž, 51 let)

Zajímalo nás, kolik respondentů **navštěvuje** nějaký **kroužek**. Zájem lze spatřit u 24 (80 %) respondentů. Z kroužků jsou často navštěvovány pracovní terapie, které jsou věnovány malování, psaní na počítači, výplni polštářů, vaření, skládání puzzle, vyšívání ubrusu. Uživatelé často dochází do tkalcovské a keramické dílny. Dva respondenti kolíčkovají na stavu a paličkují. Jeden uživatel uvedl, že raději chodí na procházky, než dochází do nějakého kroužku. „*Kam chci, tam jdu.*“ (muž, 60 let) „*Odešla nám sestřička, tak už nás nemá kdo doprovázet.*“ (žena, 61 let)

Četnost navštěvování kroužků je v 80 % 1x až 3x týdně. 5 (16,66 %) respondentů dochází 1x do měsíce. Oddělení se při terapiích střídají, vše záleží na vychovatelích. „*Do kroužku chodíme, jen když si pro nás vychovatelky přijdou.*“ (žena, 32 let) „*Nechodím nikam, nic tu není.*“ (muž, 56 let)

(Pozn. Tabulka č. 20, Grafické znázornění Četnost navštěvování kroužků je součástí CD přílohy – Graf č. 24)



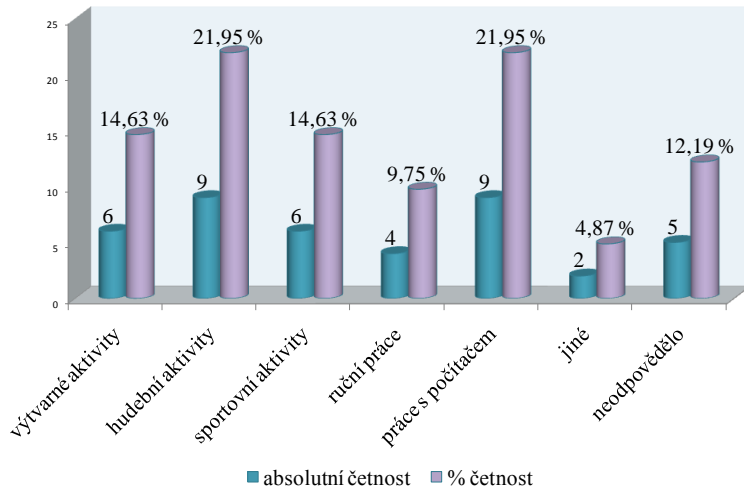
Graf 17 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit

(Pozn. Tabulka č. 21 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit je součástí CD přílohy)

Následující položka zjišťovala, **spokojenost respondentů s nabídkou volnočasových aktivit**. 15 (50 %) respondentů je s nabídkou spokojeno. Aktivity uživatelům vyhovují, můžou se při nich zabavit. O nabídce volnočasových aktivit mimo zařízení domova nejsou příliš informováni. Méně spokojení respondenti uvedli, že by se nabídka aktivit mohla ještě zlepšit. Důvodem je mnoho volného času a z toho plynoucí nuda. Jeden respondent poznamenal: „*O nabídce vím, ale nevyužívám ji.*“ (muž, 47 let) „*Myslím, že pro děvčata je nabídka vhodná, pro chlapy ne.*“ (muž, 56 let) „*Ale jo, jsme informováni, alespoň se zabavíme.*“ (žena, 42 let)

Volnočasové aktivity mimo zařízení domova nejsou příliš využívány, většina uživatelů není o nabídce informována. Pouze 2 (6,66 %) uživatelé navštěvují pravidelně výtvarný kroužek a plavání. Respondenti uvedli, že nabídky využívají spíše v rámci kulturních či sportovních akcí.

(Pozn. Tabulka č. 22, Grafické znázornění Nabídka volnočasových aktivit mimo zařízení domova je součástí CD přílohy – Graf č. 25)



Graf 18 Volnočasové aktivity v budoucnu

(Pozn. Tabulka č. 23 Volnočasové aktivity v budoucnu je součástí CD přílohy)

Uživatelé byli dotazováni, které volnočasové aktivity by se měly stát součástí jejich života v budoucnu. 5 (12,19 %) respondentů uvedlo, že nemají zájem věnovat se jiným volnočasovým aktivitám než doposud. Z dalších aktivit, kterým by se respondenti rádi věnovali, je vaření a zpěv. 1 (3,33 %) uživatel poznamenal: „*Další*

aktivitu k životu nepotřebuju, postačí mi vzpomínky na ty minulé.“ (muž, 48 let) „Mě by lákalo cestování, třeba Afrika.“ (muž, 51 let)

Z šetření vyšlo následující. Využití volného času závisí na aktivitě každého respondenta. Někteří nemají potřebu způsob trávení volného času měnit. Postačí jim pouze sledování televize a odpočinek. Většina se shoduje, že nabídka volnočasových aktivit je dostačující, ale není příliš využívána. Vhodným řešením by mohla být motivace ze strany zaměstnanců.

5.8 Zaměstnání respondentů

Oblast věnující se zaměstnání byla rozdělena do 7 položek. Respondenti odpovídali na otázky týkající současného, budoucího zaměstnání a poskytované podpory. Zajímavé byli názory na nutnost povolání. Na jedné straně vyvinuli sami uživatelé úsilí, aby mohli pracovat, na straně druhé se otázkou zaměstnání vůbec nezabývali.

Většina dotázaných (63,33 %) nikdy do **zaměstnání** nechodila, ani tu možnost neměla. Zkoušeli sehnat práci, ale nepřijali je. 4 (13,33 %) respondenti v minulosti pracovali, v současné době práci nemají. *„Devět let jsem pracoval jako skladník.“ (muž, 51 let) „Pracoval jsem v zemědělství, máš totiž vystudovanou chemickou školu.“ (muž, 48 let) „Zkoušel jsem sehnat práci – roznos letáků, ale nepřijali mě.“ (muž, 44 let) „Chodila jsem do Malenovic, kde jsme pracovali s hlinou.“ (žena, 28 let)*

(Pozn. Tabulka č. 24, Grafické znázornění Zaměstnání je součástí CD přílohy – Graf č. 26)

Tabulka 23 Současné zaměstnání

	absolutní četnost	četnost (%)
vrátnice	7	23,33
prádelna	3	10
úklid domova	1	3,33
neodpovědělo	19	63,33
celkem	30	100

(Pozn. Grafické znázornění Současné zaměstnání je součástí CD přílohy – Graf č. 27)

Tato položka zjišťovala **současné zaměstnání respondentů**. Ze všech dotázaných pracuje 10 (33,33 %) osob. Jejich zaměstnání je pro ně velmi důležité. Vydělají si nějaké peníze a taky mají zodpovědnost za to, co dělají. 7 (23,33 %) respondentů pracuje na vrátnici v domově. 3 (10 %) respondenti jsou zaměstnání v prádelně. Jejich práce spočívá v třídění prádla, ve skládání osušek a prostěradel. 1 (3,33 %) respondent začal v nedávné době uklízet zařízení domova. Všichni pracující (36,66 %) jsou se svým zaměstnáním spokojeni. „*Pracuji na vrátnici, střídáme se tam. Chodíme dopoledne i odpoledne.*“ (žena, 40 let)

(Pozn. Tabulka č. 25, Grafické znázornění Spokojenost v zaměstnání je součástí CD přílohy – Graf č. 28)

Četnost docházení do zaměstnání je různorodá, stejně jako počet odpracovaných hodin. 4 (13,33 %) respondenti pracují každý den. 7 (23,33 %) respondentů dochází do zaměstnání 1x až 3x týdně. Práce na vrátnici je na směny – dopolední, která trvá tři hodiny a odpolední, která je čtyřhodinová. Na vrátnici se zaměstnanci většinou střídají. Jejich úkolem je uvedení příchozích návštěv do zařízení. Práce v prádelně zabere jednu hodinu denně. Čtyřhodinovou denní pracovní dobu má uživatel, věnující se úklidu domova.

(Pozn. Tabulka č. 26, Grafické znázornění Četnost docházení do zaměstnání je součástí CD přílohy – Graf č. 29)

Jako další byla zjišťována **podpora v zaměstnání**. Tu potřebují 3 (10 %) z dotázaných. „*Někdy potřebuju pomoc s vypsáním dokumentace od vrchní.*“ (muž, 44 let) „*Nám pomáhají v prádelně se skládáním a žehlením.*“ (žena, 49 let). U uživatelky, zcela odkázané na pohyb pomocí vozíku, je nutná podpora při práci na vrátnici. „*Podávají mi knihu návštěv.*“ (žena, 42 let).

(Pozn. Tabulka č. 27, Grafické znázornění Podpora v zaměstnání je součástí CD přílohy – Graf č. 30)

Občasnou **podporu** pracujícím respondentům **poskytují** vychovatelé a ostatní zaměstnanci domova. Uživatelé si pomáhají především navzájem. Patrné je to

na vrátnici, kde jsou vždy přítomni dva uživatelé. 1 (3,33 %) respondentovi je poskytována podpora vrchní sestrou a sociální pracovnící.

(Pozn. Tabulka č. 28, Grafické znázornění Poskytnutí podpory je součástí CD přílohy – Graf č. 31)

Dále nás zajímalo **budoucí zaměstnání**, přesněji, zda mají respondenti zájem chodit do zaměstnání. Zájem byl spatřen u většiny dotázaných (17, 56,66 %) „*Chtěla bych pracovat v kuchyni napořád.*“ (žena, 37 let) „*Bavila by mě šička kojeneckého oblečení. Už jsem to kdysi dělala, ale pak nás vyhodili.*“ (žena, 39 let) Z dalších povolání byla uváděna servírka, kadeřnice, uklízečka, zahradník, práce na vrátnici, v prádelně, kolíkování, třídění papírů, práce na počítači a pomoc druhým lidem. 13 (43,33 %) respondentů by do zaměstnání docházet nechtělo. „*Vadilo by mně pravidelné ranní vstávání.*“ (žena, 39 let) „*Mně už se pracovat nechce.*“ (žena, 32 let)

(Pozn. Tabulka č. 29, Grafické znázornění Zaměstnání v budoucnu je součástí CD přílohy – Graf č. 32)

Poslední položkou oblasti zaměstnání byla **pravidelnost docházení do práce**. Každý den by do zaměstnání chtělo docházet 12 (40 %) respondentů. Jedenkrát až třikrát týdně by chodili 3 (10 %) respondenti. 1 (3,33 %) respondentka poznamenala, že by určitě celý den pracovat nezvládla.

Z výsledků šetření této oblasti vyplývá, že zájem o zaměstnání projevují spíše ti respondenti, kteří již v minulosti pracovali. Pracovat by chtělo také více žen než mužů. Problémem však zůstává možnost uplatnění respondentů. Pracovních příležitostí není mnoho, často sami uživatelé nevědí, kdo by jim se sháněním zaměstnání mohl pomoci. Selhává zde informovanost.

5.9 Služby z pohledu respondentů

System služeb tvořil poslední část průzkumného šetření. Tato oblast zahrnovala 6 položek. Zjišťována byla jak nabídka, tak spokojenost s poskytnutými službami.

Tabulka 24 Nabídka služeb a jejich vyžívání

	absolutní četnost	četnost (%)
zdravotní služby	30	18,07
sociální služby	4	2,4
vzdělávací služby	1	0,6
obchody	20	12,04
služby pro péči o zevnějšek	19	11,44
dopravní služby	17	10,24
restaurace, kavárny	28	16,86
kulturní služby	20	12,04
sportovní služby	13	7,83
duchovní služby	14	8,43
celkem	166	100

(Pozn. Grafické znázornění Nabídka služeb a jejich vyžívání je součástí CD přílohy – Graf č. 33)

Z tabulky je zřejmé, že nabídka služeb je široká. Všemi uživateli jsou nejčastěji využívány **zdravotní služby**. Téměř všichni dotázaní také využívají služeb **restaurací a kaváren**. Nabídka služeb je dle respondentů dostatečná. Informovanost o této nabídce by bylo třeba zlepšit.

Poskytované **služby v domově** využívají všichni respondenti (30 %). Jde o služby **zdravotní** (praktický lékař, zubní lékař, oční lékař, gynekolog); **sociální** (poradenství); **služby pro péči o zevnějšek** (kadeřník, pedikúra, manikúra); **kavárna**; **kulturní služby** (diskotéky); **duchovní služby** (kaplička v zařízení domova). Služby pro péči o zevnějšek vykonávají především zaměstnanci domova. Jedno zařízení zřídilo kavárnu, ve které sami uživatelé pracují. Je otevřena 2x do týdne. Smyslem je rozvíjení komunikativních dovedností a odpovědnosti.

(Pozn. Tabulka č. 30, Grafické znázornění Využívání služeb v domově je součástí CD přílohy – Graf č. 34)

Z šetření vyplývá, že s kvalitou poskytované služby jsou uživatelé velmi nebo spíše spokojeni.

(Pozn. Tabulka č. 31, Grafické znázornění Spokojenost s kvalitou služby je součástí CD přílohy – Graf č. 35)

Informace o nabídce **služeb mimo zařízení domova** přicházejí ze stran zaměstnanců. Někteří respondenti uvedli, že by bylo třeba, aby tyto informace byly častěji prezentovány.

V okolí domova jsou využívány **služby zdravotní** (praktický lékař, zubní lékař, oční lékař, gynekolog); **obchody**; **služby pro péči o zevnějšek** (kadeřník); **dopravní služby** (autobus, vlak); **restaurace, kavárny**; **kulturní služby** (divadlo, kino, koncerty, diskotéky); **sportovní služby** (sportovní centra, bazén, bowling); **duchovní služby** (kostel). Služby restaurací, kaváren a obchodů jsou uživateli využívány nejčastěji.

Poslední otázka průzkumného šetření zjišťovala, zda respondenti užívají **asistenčních služeb**. 1 (3,33 %) respondentka uvedla, že asistenčních služeb využívá pravidelně. Po rozhovoru se zaměstnanci domova bylo zjištěno, že žádné z dotázaných zařízení asistenční služby neposkytuje.

(Pozn. Tabulka č. 32, Grafické znázornění Využívání služeb mimo zařízení domova je součástí CD přílohy – Graf č. 36)

(Pozn. Tabulka č. 33, Grafické znázornění Asistenční služby je součástí CD přílohy – Graf č. 37)

5.10 Spokojenost respondentů s jednotlivými oblastmi života

V rámci průzkumného šetření byla zjišťována spokojenost s jednotlivými oblastmi života. Respondenti hodnotili danou oblast vždy po zaznění všech otázek příslušné oblasti. K hodnocení byla využita škála velmi spokojen – spíše spokojen – středně spokojen – spíše nespokojen – velmi nespokojen.

Tabulka 25 Spokojenost se zdravím

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	16	53,33
spíše spokojen(a)	7	23,33
středně spokojen(a)	6	20
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	1	3,33
celkem	30	100

Zajímalo nás, zda jsou uživatelé spokojeni se svým zdravím. Velmi spokojeno je více než polovina dotázaných. Spíše spokojeno je 7 (23,33 %) respondentů, Středně spokojeno 6 (20 %) respondentů 1 (3,33 %) respondentka je se svým zdravím velmi nespokojena. „*Na své zdraví si prozatím nemůžu stěžovat.*“ (muž, 45 let) „*Někdy mám strach, že onemocním a umřu.*“ (žena, 41 let)

Někteří uživatelé si stěžovali na zdravotní obtíže, se kterými se potýkají. Jednalo se o běžné nemoci, které se dostávají s věkem. 1 (3,33 %) respondentka, která je trvale odkázána na pohyb pomocí vozíku své zdraví hodnotí jako středně dobré.

Tabulka 26 Spokojenost s bydlením v domově

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	22	73,33
spíše spokojen(a)	4	13,33
středně spokojen(a)	3	10
spíše nespokojen(a)	1	3,33
velmi nespokojen(a)	0	0
celkem	30	100

Se svým bydlením je spokojena většina respondentů (22 %). V rámci průzkumného šetření bylo shlednuto několik pokojů. Respondenti si jich velmi váží, pokoj považují za jedno z míst, kam můžou uniknout před všemi problémy. Mají zde klid, který využívají k trávení svého volného času. „*Já jsem s bydlením velmi spokojena. Neměnila bych.* (žena, 28 let) Byly zaznamenány také jisté výtky k bydlení. Jednalo se spíše o neshody mezi jednotlivými respondenty. V případě, že se situace zhoršuje, mají uživatelé možnost změnit svého spolubydlícího.

Tabulka 27 Spokojenost se vzděláním

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	18	60
spíše spokojen(a)	5	16,66
středně spokojen(a)	6	20
spíše nespokojen(a)	1	3,33
velmi nespokojen(a)	0	0
celkem	30	100

Kvalitu života jistě ovlivňuje i vzdělání. Zajímalo nás, do jaké míry jsou respondenti se svým vzděláním spokojeni. Z tabulky je patrné, že velmi spokojeno je 18 (60 %) dotázaných.

„Jsem rád, že jsem mohl chodit do školy. Jiní nemohli a teď si nepřečtou ani noviny.“ (muž, 51 let).

Středně spokojeno je 6 (20 %) respondentů. Měli možnost navštěvovat jak mateřskou, tak i základní školu. Středně spokojeni jsou proto, že jim další vzdělávání nebylo umožněno. Po absolvování základní školy byli umístěni do zařízení sociální péče, která se dál o jejich vzdělávání nezajímala. Mnozí z nich by rádi uvítali, kdyby se mohli ještě něčemu novému přiučit.

Tabulka 28 Spokojenost s využíváním volného času

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	24	80
spíše spokojen(a)	4	13,33
středně spokojen(a)	2	6,66
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	1	3,33
celkem	30	100

Volný čas je další z oblastí, která ovlivňuje kvalitu života dané osoby. Dostatkem volného času disponuje většina zařízení. Respondenti mají možnost vybrat si z několika aktivit, kterým by se ve svém volném čase chtěli věnovat. Někteří z dotázaných nejevili zájem o danou nabídku. Svůj život žijí v jistém rituálu, který nehodlají změnit. Často je spojován s pohodlností. Z tabulky je zřejmé, že spokojenost s volným časem vyjádřilo 24 (80 %) dotázaných. 1 (3,33 %) respondent hodnotí svou spokojenost velmi záporně.

Tabulka 29 Spokojenost se zaměstnáním

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	12	40
spíše spokojen(a)	14	46,66
středně spokojen(a)	4	13,33
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0
celkem	30	100

Přestože většina respondentů nepracuje, se svými pracovními příležitostmi jsou spojeni. Z šetření vyplynulo, že proto, aby mohli uživatelé domova pracovat, musí být dostatečně motivováni. Měla by jim být dána příležitost zakusit, co v sobě zaměstnání vůbec zahrnuje. Narůstajícím problémem je fakt, že osoby s postižením mají často velmi omezené možnosti na trhu práce.

Tabulka 30 Spokojenost s nabídkou služeb

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojen(a)	25	83,33
spíše spokojen(a)	4	13,33
středně spokojen(a)	1	3,33
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0
celkem	30	100

Součástí kvality života je také spokojenost s nabídkou služeb. Služby poskytované v domově považují uživatelé za kvalitní, což vyjádřili v 83,33 %. Ze služeb mimo zařízení využívají pouze těch nejběžnějších, jako je nakupování či kavárna. Z šetření vyplynulo, že respondenti mají pouze útržkovité informace o dané nabídce. Nejsou vedeni k tomu, aby se snažili ji využívat. Za nejvíce preferovány služby byly označeny služby zdravotní. Ty jsou využívány všemi respondenty.

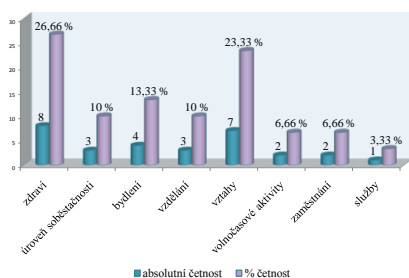
Tabulka 31 Spokojenost se životem

	absolutní četnost	četnost (%)
velice spojen(a)	12	40
spíše spokojen(a)	13	43,33
středně spokojen(a)	3	10
spíše nespokojen(a)	1	3,33
velmi nespokojen(a)	1	3,33
celkem	30	100

Zásadní ukazatelem kvality života je spokojenost se životem. Z tabulky vyčteme, že velmi spokojeno je 12 (40 %) respondentů. Spíše spokojeno je 13 (43,33 %). Středně spokojeni jsou 3 (10 %) respondenti. Spíše až velmi nespokojeni jsou pouze 2 (6,66 %). Z šetření je patrné, že většina zařízení umožňuje svým uživatelům žít plnohodnotným a spokojeným životem.

„Já jsem velice spokojená. Mám tu kamarády, které bych nikdy neopustila. Navíc máme každý den co na práci, takže se tu ani nenudíme.“ (žena, 39 let)

Preference jednotlivých oblastí života



Graf 19 Preference jednotlivých oblastí života

(Pozn. Tabulka č. 34 Preference jednotlivých oblastí života je součástí CD přílohy)

V rámci průzkumného šetření jsme dospěli k závěru, že nejvíce preferovanou oblastí je **zdraví**, které označilo 8 (26,66 %) respondentů. Druhou důležitou oblastí jsou **vztahy** a to u 7 (23,33 %) respondentů. Jako třetí vyšlo **bydlení**, které preferují 4 (13,33 %) dotázaní.

Přes veškeré zdravotní komplikace a postižení, které respondenti mají, bylo přesto jako nejdůležitější oblast vybráno zdraví. Zdraví je již od nepaměti bráno za nejvyšší hodnotu v životě člověka. Sami respondenti, osoby se zdravotním postižením, si jistě uvědomují, že bez zdraví by nebylo možné žít plnohodnotným životem.

6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZAMĚŘENÉHO NA KVALITU ŽIVOTA UŽIVATELŮ POHLEDEM ZAMĚŠTNANCŮ

Návratnost dotazníků byla v počtu 20 (66,66 %). Z hlediska pohlaví se jednalo o ženy v počtu 20 (100 %). Průměrný věk zaměstnanců byl 36, 85 let. Dvě ženy věk neuvedly. V zařízení pracují v následujících pozicích:

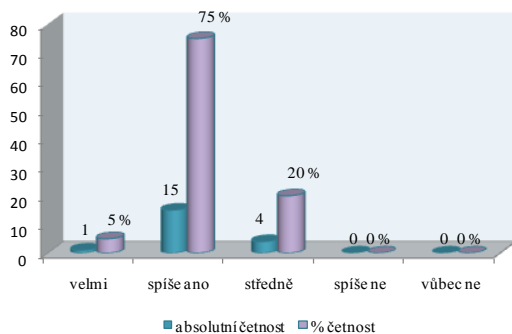
Tabulka 32 Pracovní pozice

	absolutní četnost	četnost (%)
PSS – pracovník v soc. službách	11	55
vrchní sestra	1	5
vedoucí zařízení	1	5
instruktor	1	5
zdravotní sestra	3	15
sociální pracovnice	1	5
vychovatelka	1	5
neodpovědělo	1	5
celkem	20	100

6.1 Zdraví a soběstačnost osob s mentálním postižením

První část průzkumného šetření byla zaměřena na zdraví a soběstačnost uživatelů. Obsahovala 8 položek týkající se spokojenosti, zdravotního postižení, péče o zdraví, soběstačnosti při běžných denních činnostech a poskytované podpory.

Zajímalo nás, jak sami zaměstnanci hodnotí **spokojenost se životem** uživatelů svého zařízení. Také byla položena otázka, jak moc je podle nich těší život.



Graf 20 Spokojenost se životem v zařízení

(Pozn. Tabulka č. 35 Spokojenost se životem v zařízení je součástí CD přílohy)

Respondenti se shodují na tom, že spokojenost uživatelů je individuální, záleží na jejich psychickém stavu a zdraví. Zařízení domova jim poskytuje veškerou péči a podporu. Mají zde vytvořeno rodinné zázemí.

Při vznesení otázky **Jak moc je podle nich těší život**, se pracovníci opět shodli, že je to záležitost individuální. Uživatelé se dokážou radovat i z maličkostí. Záleží také na jejich vnímání. „*Kdo si uvědomuje hodnoty života a hledá nové poznatky, nachází i radost.*“ (žena, 46 let) 1 (3,33 %) respondentka uvedla, že by uživatelé nejraději byli doma s rodinou. Také bylo poznamenáno: „*Uživatelé mají svůj svět a ve velké většině rozdíl mezi způsobem života běžné populace a svým neřeší.*“ (žena, 49 let) Sedm z dotázaných zaměstnanců otázku nezodpovědělo.

Zajímalo nás, **zda** si zaměstnanci myslí, že **zdravotní postižení komplikuje uživatelům běžný život**. Téměř všichni dotázaní 16 (80 %) se shodují na tom, že zdravotní postižení je jistou komplikací v běžném životě. Uživatelé jsou odkázáni na podporu a pomoc druhých osob, potřebují neustálý dohled. Jedna respondentka uvedla: „*Veřejnost je za tím nepřijímá tak, jak by měla – předsudky*“ (žena, 42 let) Zaměstnankyně, které si myslí, že postižení uživatelům nekomplikuje život, poznamenaly, že si uživatelé své postižení neuvědomují. „*Jsou na ně zvyklí a jejich život je uzpůsoben jejich handicapu.*“ (žena, 49 let)

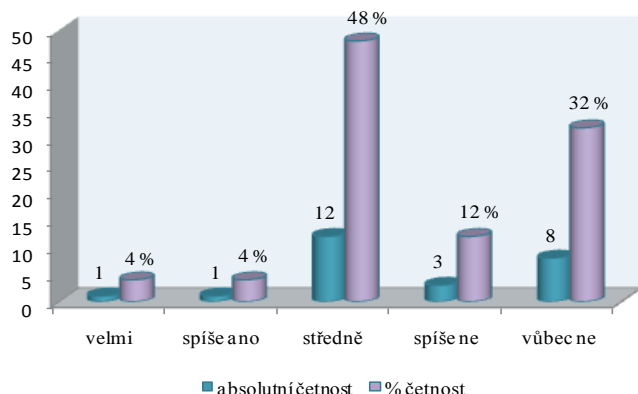
(Pozn. Tabulka č. 36, Grafické znázornění Zdravotní postižení způsobující jisté komplikace v životě je součástí CD přílohy – Graf č. 38)

Následující položka byla zaměřena na **péči o zdraví** poskytující uživatelům konkrétního zařízení. Péče o zdraví je podle respondentů zajištěna převážně praktickými a odbornými lékaři, kteří do zařízení pravidelně dochází. Na péči se také podílí kvalifikovaný personál domova. Jedna dotázaná uvedla, že péče o zdraví spočívá ve zdravém životním stylu – vyvážená strava, pohyb, rekreační pobyty a masáže. Zajímavá byla odpověď jedné z respondentek. Jak Vaše zařízení pečuje o zdraví uživatelů - „*Velmi dobře.*“ (žena, věk neuveden)

Péče o zdraví by se podle zaměstnanců zařízení dala zlepšit rehabilitační sestrou, zapojením se do pracovní činnosti, pohybem, změnou stavy – méně tuků

a cukrů, více jogurtů a zakysaných výrobků. „Uvítala bych fyzioterapeuta, jako zaměstnance našeho domova.“ (žena, 46 let) 6 (30 %) respondentek se domnívá, že péče o zdraví je dostačující, dělají pro své klienty maximum. 8 (40 %) dotázaných na otázku neodpovědělo.

Zajímalo nás, nakolik jsou uživatelé domova **soběstační**. Respondenti měli možnost označit odpověď pomocí stupnice.



Graf 21 Soběstačnost uživatelů

(Pozn. Tabulka č. 37 Soběstačnost uživatelů je součástí CD přílohy)

U otázky bylo vybíráno i více možností. V zařízení jsou uživatelé soběstační až zcela nesoběstační. Vždy záleží na druhu a stupni postižení. Míra soběstačnosti je individuální. Důvod nesoběstačnosti je podle jedné zaměstnankyně „*Dřívější přepečování uživatelů.*“ (žena, 35 let)

Podpora ze strany druhých osob je při vykonávání běžných denní činností individuální, záleží na stupni postižení a úrovni soběstačnosti. „*I ty nejschopnější klientky u nás potřebují dohled a pomoc. Velká většina není schopna sebeobsluhy vůbec.*“ (žena, 49 let) Další respondentka uvedla, že uživatelé chtějí být opečováni.

Bylo zjišťováno, v čem **podpora** se strany druhých osob **spočívá**. U uživatelů, kteří jsou zcela nesoběstační, je nutná podpora při všech denních činnostech. Nad všemi uživateli je nutné vykonávat dohled. Podpory je třeba při začleňování uživatelů, při naplnění jejich citových potřeb, při poskytnutí rady, vše ale záleží na schopnostech

daného uživatele. „*Určitá činnost se skládá z drobných úkonů vyžadující jeho splnění, takže pomáháme, kde je třeba.* (žena, 46 let)

(Pozn. Tabulka č. 38, Grafické znázornění Podpora ze strany druhých osob je součástí CD přílohy – Graf č. 39)

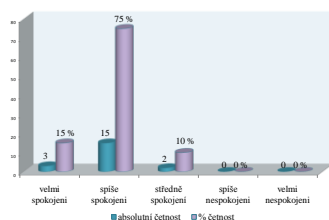
6.2 Bydlení osob s mentálním postižením

Oblast bydlení byla věnována spokojenosti, možnosti bydlení ve vlastním pokoji a alternativám bydlením.

Jako první nás zajímalo, nakolik jsou uživatelé **spokojeni se svým bydlením**. Respondentky měly možnost označit své mínění pomocí stupnice.

Tabulka 33 Spokojenost s bydlením v domově z pohledu zaměstnanců

	absolutní četnost	četnost (%)
velmi spokojeni	3	15
spíše spokojeni	15	75
středně spokojeni	2	10
spíše nespokojeni	0	0
velmi nespokojeni	0	0
celkem	20	100



Graf 22 Spokojenost s bydlením v domově z pohledu zaměstnanců

Spokojenost nelze přesně posoudit, záleží na momentální psychické náladě uživatelů, často své názory mění. „*Podle projevů lze ale usuzovat, že jsou se svým bydlením v domově spokojeni.*“ (žena, věk neuveden)

Zda zařízení umožňuje bydlet svým uživatelům ve **vlastním pokoji**, 10 (50 %) respondentů uvedlo, že ne. Zařízení není k tomu uzpůsobeno, pokoje jsou převážně dvojlůžkové a třílůžkové. V jednom zařízení to není možné z technických důvodů. „*Pokud si uživatelé zažádají o jednolůžkový pokoj nebo změnu spolubydlicího, snaží se vedení a sociální pracovnice vždy najít kompromis.*“ (žena, 29 let)

(Pozn. Tabulka č. 39, Grafické znázornění *Bydlení ve vlastním pokoji je součástí CD přílohy – Graf č. 40)*

Další položka zjišťovala, zda je domov nakloněn i k jiným **alternativám bydlení**.

Tabulka 34 Alternativy bydlení

	absolutní četnost	četnost (%)
samostatný pokoj	9	45
chráněné bydlení	9	45
týdenní stacionář	1	5
jiný	0	0
neodpovědělo	1	5
celkem	20	100

(Pozn. Grafické znázornění *Alternativy bydlení je součástí CD přílohy – Graf č. 41)*

Zaměstnanci u otázky vybírali i více možností. Tři respondentky uvedly, že zařízení je k alternativám nakloněno, ovšem nebyla uvedena konkrétní forma bydlení. Pouze jedno zařízení má k dispozici tři chráněné byty, které jsou obsazeny třemi uživateli.

6.3 Vzdělání osob s mentálním postižením

Oblasti vzdělání byly věnovány 3 položky, které se zaměřily na zájem o vzdělávání a podporu ke vzdělávání.

Nejprve nás zajímalo, zda si zaměstnanci myslí, že **dosažené vzdělání** uživatelů nějakým způsobem **ovlivňuje kvalitu života**. 13 (65 %) respondentů se domnívá, že ano. Dává jim větší možnosti – čtení, psaní, cestování, setkávání se druhými lidmi, bohatší, pestřejší život. 7 (35 %) si myslí, že dosažené vzdělání nemá zásadní vliv na kvalitu života.

(Pozn. Tabulka č. 40, Grafické znázornění Ovlivnění kvality života dosaženým vzděláním je součástí CD přílohy – Graf č. 42)

Pozornost byla také zaměřena na **podporu zařízení při dalším vzdělávání uživatelů**. 19 (95 %) respondentů podporu zaznamenává. Další vzdělávání uživatelů je zajišťováno v rámci terapie, volnočasových aktivit nebo individuálně. V zařízení, jehož klientelu tvoří uživatelé mladšího věku, je možné docházet do základní školy speciální. „*Klienti jsou starší, obtížně se další vzdělávání pro ně hledá.*“ (žena, 55 let) „*Na další vzdělávání nemáme vhodnou klientelu.*“ (žena, 49 let)

(Pozn. Tabulka č. 41, Grafické Podpora dalšího vzdělávání uživatelů je součástí CD přílohy – Graf č. 43)

10 (50 %) dotázaných uvádí jako možnost **vzbuzení zájmu ke vzdělávání** uživatelů vhodnou motivací, je třeba vycházet z toho, co uživatel rád dělá nebo jak dříve žil. Několikrát zaměstnanci zmínili, že uživatelé staršího věku nemají o další vzdělávání zájem. „*Většinou sami neprojevují zájem, nebo je to po čase přestane bavit.*“ (žena, 23 let)

6.4 Vztahy osob s mentálním postižením

Oblast vztahů byla rozčleněna do 9 položek. Zajímaly nás jak vztahy rodinné, tak i partnerské. Poslední otázky byly věnovány vztahům mezi uživateli navzájem. Bylo zjišťováno, jak zaměstnanci posuzují důležitost rodiny a přátel v životě uživatelů.

Tabulka 35 Význam rodiny, přátel

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	20	100
ne	0	0
celkem	20	100

(Pozn. Grafické znázornění Význam rodiny, přátel je součástí CD přílohy – Graf č. 44)

Z tabulky je patrné, že všichni dotázaní se shodují na **důležitosti rodiny** v životě uživatelů. Těší se na každý kontakt s nimi, ať už osobní či telefonický. Rádi jezdí na pobyty domů. „*Předpokladem je ovšem dobře fungující rodina, která poskytuje citové pouto i podporu.*“ (žena, 49 let)

Podíl zařízení na zlepšování vztahů s původní rodinou je takový, že s rodinou je udržován telefonický či písemný kontakt. V poslední době komunikují formou emailů. Preferován je kontakt osobní, ten lze uskutečnit pouze u některých rodin. Rodina má možnost účastnit se akcí pořádaných zařízeními. Bohužel u některých rodin nebyl doposud spatřen zájem. „*Udržuje se kontakt, navozuje se a obnovuje prostřednictvím sociální pracovníce.*“ (žena, 42 let)

Ke **zlepšování vztahů** může přispět častější kontakt rodiny se zařízením, dny otevřených dveří či osobní pohovory. Snaha zaměstnanců často není oceněna. „*Zájem musí být i ze strany rodiny.*“ (žena, 46 let)

(Pozn. Tabulka č. 42, Grafické znázornění Zlepšování vztahů s rodinou je součástí CD přílohy – Graf č. 45)

Dále nás zajímalo, **zda je zařízení nakloněno k partnerským vztahům.**

Tabulka 36 Partnerské vztahy

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	17	85
ne	3	15
celkem	20	100

(Pozn. Grafické znázornění Partnerské vztahy je součástí CD přílohy – Graf č. 46)

Z tabulky vyčteme, že 17 (85 %) dotázaných uvedlo, že jejich zařízení je nakloněno k partnerským vztahům. Jedno zařízení podporuje pouze kamarádské vztahy s klienty jiných zařízení a to formou dopisování, telefonování a setkávání. U dalšího zařízení bylo uvedeno, že partnerské vztahy není možné podporovat vzhledem k postižení uživatelů a k možnostem, které zařízení má. Jiná zařízení jsou nakloněna jak k partnerským, přátelským, tak i k rodinným vztahům.

„Schopnější jsou tu pouze děvčata, mají známosti jinde.“ (žena, 32 let)

Spokojenost uživatelů s partnerským životem je individuální záležitostí. Nelze ji zcela posoudit. Jedna zaměstnankyně uvedla, že jde spíše o vztahy přátelské než partnerské. 8 (40 %) dotázaných na příslušnou otázku neodpovědělo. „Máme pouze jeden pár, který žije partnerským životem.“ (žena, 39 let)

(Pozn. Tabulka č. 43, Grafické znázornění Spokojenost s partnerským životem je součástí CD přílohy – Graf č. 47)

Dále zaměstnanci odpovídali na otázku, zda je **zařízení nakloněno k partnerskému soužití**.

Tabulka 37 Partnerské soužití

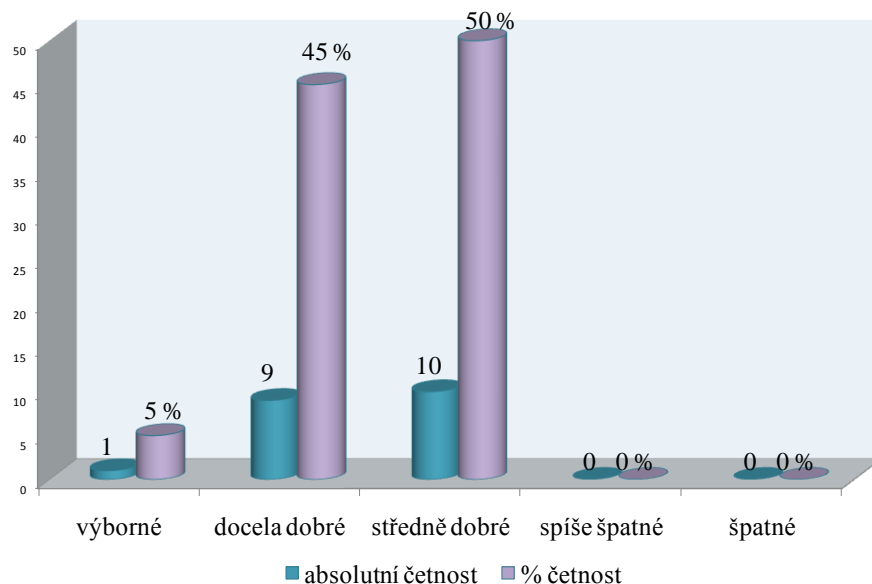
	absolutní četnost	četnost (%)
ano	12	60
ne	5	25
neodpovědělo	3	15
celkem	20	100

(Pozn. Grafické znázornění Partnerské soužití je součástí CD přílohy – Graf č. 48)

Zařízení převážně partnerské soužití podporují, ovšem chybí zájem ze strany uživatelů. Hlavní problém dotázaní spatřovali v nutnosti úpravy prostorů pro společné soužití. „Partnerské soužití je tolerováno, zatím v zařízení nikdo neprojevil zájem.“ (žena, 47 let) „Je to přirozená součást života.“ (žena, 46 let)

Ze způsobů, kterými by se daly **partnerské vztahy zlepšit**, bylo uvedeno umožnění společného bydlení, více dvojlůžkových pokojů k tomuto účelu a nabídka knih, věnující se partnerským vztahům Otázka nebyla zodpovězena 4 (20 %) dotázanými.

Zajímalo nás, jak hodnotí zaměstnanci vztahy mezi uživateli navzájem.



Graf 23 Vztahy mezi uživateli z pohledu zaměstnanců

(Pozn. Tabulka č. 44 Vztahy mezi uživateli z pohledu zaměstnanců je součástí CD přílohy)

Vztahy mezi uživateli mají často kolísavý charakter. Občas se vyskytnou drobné neshody, které je třeba řešit. „Nedochází k napadání, nejsou vůči sobě agresivní, jen drobné neshody (občas), snažíme se vysvětlovat nutnost hezkých vztahů a vzájemné slušnosti.“ (žena, 39 let) „Občas pozorujeme „ponorkovou nemoc,“ ale jinak jsou vzájemné vztahy běžné jak u ostatní populace.“ (žena, 49 let)

Pro **posilování pozitivních vztahů mezi uživateli** je neustále kladen důraz na vzájemnou toleranci a úctu. Významné místo zaujímá komunikace a pochvala. Jednou z možností zlepšení vztahů mezi uživateli je pořádání společenských akcí. Pozitivní vztahy také ovlivňuje a posiluje pozitivně naladěný personál a okolí, ve kterém se uživatelé nachází.

6.5 Volný čas osob s mentálním postižením

Oblast volného času byla věnována nabídce volnočasových aktivit a jejímu využití. Celkem bylo položeno 6 otázek.

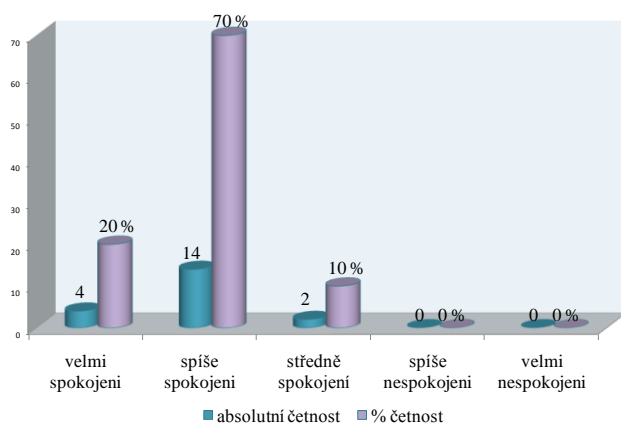
Zajímalo nás, zda zařízení poskytuje svým uživatelům **dostatek volného času**. 19 (95 %) zaměstnanců uvedlo, že uživatelé disponují větším množstvím volného času. Sami si ho organizují podle svých potřeb a přání. Mají možnost chodit na nákupy, vycházky, přijímat návštěvy či ho využít k osobnímu volnu. 1 (5 %) zaměstnankyně poznamenala, že volný čas uživatelé spíše nemají. „*Máme stanoven harmonogram dne.*“ (žena, 43 let)

(Pozn. Tabulka č. 45, Grafické znázornění Dostatek volného času v zařízení je součástí CD přílohy – Graf č. 49)

Nabídka volnočasových aktivit v domově i mimo domov je u všech dotázaných (100 %) považována za dostatečnou. „*Určitě nabízíme dost možností, ale potřebujeme personál pro zvýšení možností nabídek.*“ (žena, 39 let) Nabídka volnočasových aktivit je uživateli většinou využívána. Někteří uživatelé jí využívají v omezené míře, nebo ji nevyužívají vůbec. Záleží na individuální volbě každého uživatele.

(Pozn. Tabulka č. 46 Nabídka volnočasových aktivit v domově i mimo domov je součástí CD přílohy)

Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit je vyjádřena následovně:



Graf 24 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit

(Pozn. Tabulka č. 47 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit je součástí CD přílohy)

Spokojenost určují preference každého uživatele. „*Někteří jsou s nabídkou aktivit velmi spokojeni, jiní uživatelé jsou nespokojeni, a proto se volnočasových aktivit nezúčastňují.*“ (žena, 45 let)

Dále jsme zjišťovali, zda **sami zaměstnanci vedou nějaký volnočasový** kroužek. Vlastní kroužek vedou 2 (10 %) zaměstnankyně, jedna tělocvik a druhá pěvecký sbor, aerobik a dramatický soubor. Docházení do kroužků je dle zájmů uživatelů. Ostatní zaměstnankyně uvedly, že se do aktivit zapojují všichni zaměstnanci zařízení. „*Pořádáme ranní rozvíčky, kterých se účastní uživatelé ze všech oddělení.*“ (žena, 45 let)

Zajímalo nás, zda zaměstnance napadá, jak by mohli uživatelé **lépe využít volného času**. Prvotně je třeba mít zájem ze strany uživatelů. Lze vytvořit aktivity podle jejich přání, zájmů a potřeb. Respondenti navrhují zařadit více pohybových aktivit či umožnit uživatelům práci na zahradě. „*Každý pracovník by měl vypořádat, kdo z uživatelů má jaké schopnosti a podle nich je vhodně zapojit do činnosti.*“ (žena, 46 let)

6.6 Zaměstnání osob s mentálním postižením

Kvalitu života ovlivňuje také zaměstnání. V této oblasti nás zajímal především zájem o zaměstnání a poskytovaná podpora ze strany druhých osob.

Z pohledu zaměstnanců je **zájem o zaměstnání** hodně individuální, záleží na momentální náladě, psychickém rozpoložení. Jedno zařízení zaměstnání uživatelům neposkytuje, mají možnost docházet do terapií, které navštěvují velmi rádi. „*Zájem o zaměstnání uživatelé nemají proto, že jim to jejich mentální úroveň nedovoluje.*“ (žena, 49 let)

(Pozn. Tabulka č. 48, Grafické znázornění Zájem o zaměstnání z pohledu zaměstnanců je součástí CD přílohy – Graf č. 50)

Možnost pracovat přímo v zařízení domova byla zaměstnanci označena v 65 %.
 „Mohou se účastnit brigád na zahradě, odklizení sněhu a pěstování zeleniny.“ (žena, 46 let).
 „Jejich postižení jim to většinou nedovoluje.“ (žena, 29 let) „Nemají zájem.“ (žena, 51 let)

(Pozn. Tabulka č. 49, Grafické znázornění Možnost zaměstnání v domově je součástí CD přílohy - Graf 51)

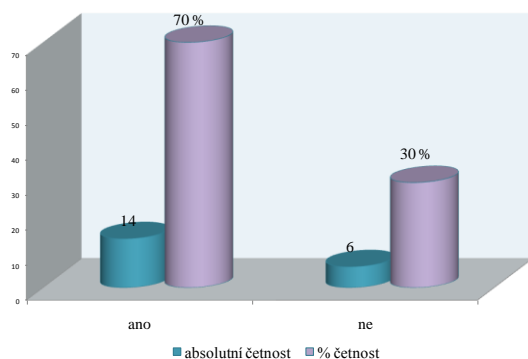
Mimo zařízení domova umožňuje pracovat pouze jedno zařízení. Uživatelé dochází do místního hotelu. „Jednomu uživateli bylo nabídnuto zaměstnání mimo zařízení, odmítl ho.“ (žena, 45 let)

Dále nás zajímalo, jakou **podporu** poskytuje dané zařízení uživatelům **v oblasti zaměstnání**. Zjistili jsme, že uživatel je podporován, pokud vyjádří zájem. Podpora spočívá v pomoci při výběru vhodného zaměstnání, pracovních pomůcek a spolupráci se zaměstnavatelem. „Snažíme se uživatele dostatečně k práci motivovat.“ (žena, 35 let)
 „Podpora je slovní, ale uživatelé nemají zájem.“ (žena, 51 let)

V následující položce jsme se dotazovali zaměstnanců, zda podle nich zaměstnání zaujímá v životě uživatelů významné místo.

Tabulka 38 Význam zaměstnání v životě člověka

	absolutní četnost	četnost (%)
ano	14	70
ne	6	30
celkem	20	100



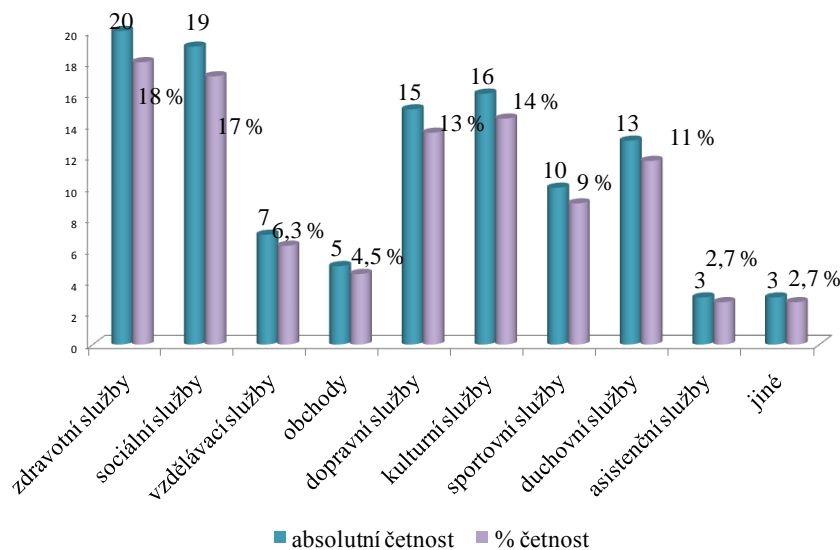
Graf 25 Význam zaměstnání v životě člověka

Z grafu je patrné, že 14 (70 %) zaměstnanců se domnívá, že ano, 6 (30 %), že ne. Díky zaměstnání mají uživatelé možnost být v kontaktu s jinými lidmi, získávají pocit samostatnosti a výtěžku. Zaměstnání přináší naplnění života, pochopení sebesmyslnosti, mohou něco dělat nejen pro sebe, ale i pro druhé. „Každá pracovní aktivity je potřebná, není nic horšího než nuda.“ (žena, 39 let) „Smysluplná práce přináší pocit lidské důstojnosti.“ (žena, 46 let)

V otázce, věnující se **zlepšení nabídky zaměstnání v budoucnu**, byla navrhována spolupráce s charitou, dílnami a soukromými firmami. Spolupráce je nezbytná i ze strany veřejnosti. Ovšem ze strany uživatelů chybí stále zájem o zaměstnání.

6.7 Služby poskytované osobám s mentálním postižením

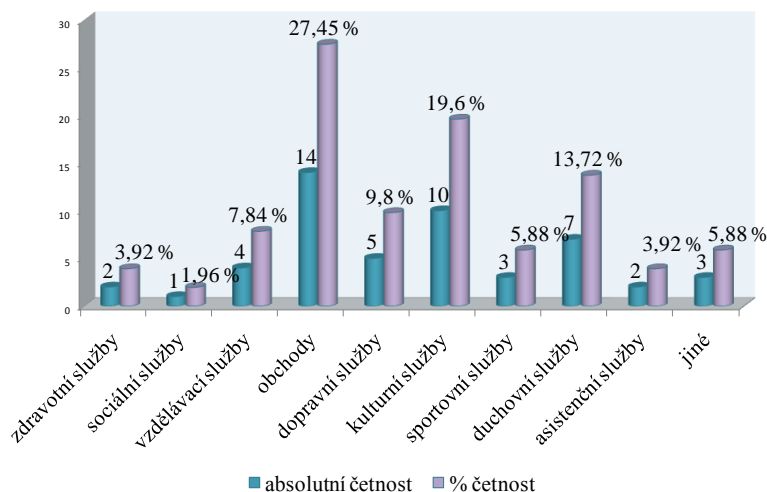
Poslední část dotazníku směřovala ke službám. Zajímaly nás nejen poskytované služby v domově, ale i mimo domov. Hodnocena byla i kvalita služby.



Graf 25 Poskytované služby v domově

(Pozn. Tabulka č. 50 Poskytované služby v domově je součástí CD přílohy)

Z grafu vyplývá, že nejčastěji poskytovanými službami v zařízení jsou služby zdravotní, sociální a kulturní. Z dalších služeb jsou k dispozici služby poštovní, rehabilitační a služby pro péči o zevnějšek.



Graf 26 Poskytované služby mimo zařízení domova

(Pozn. Tabulka č. 51 Poskytované služby mimo zařízení domova je součástí CD přílohy)

K dispozici uživatelům jsou nejčastěji služby obchodní, kulturní a duchovní. Z dalších služeb jsou to služby poštovní, dobrovolnické a služby pro péči o zevnějšek.

Spokojenost s kvalitou služby z pohledu zaměstnanců byla zaznamenána v 85 %. Respondentky se shodují, že vše záleží na individuálním přístupu uživatelů. „*Myslím, že uživatelé jsou spokojeni, ale nemohu mluvit za ně.*“ (žena, 45let)

(Pozn. Tabulka č. 52, Grafické znázornění Spokojenost s kvalitou služby je součástí CD přílohy – Graf č. 52)

Na **zpřístupnění služeb** by se měla podílet větší aktivizace zaměstnanců, sledování medií, lepší integrace do společnosti a ochota spolupráce ze strany veřejnosti.

V závěru průzkumného šetření nás zajímaly především **nápady a připomínky** zaměstnanců k danému tématu – Šetření kvality života u uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením. Zaměstnanci dostali volný prostor k vyjádření. Závěry byly následující:

„*Vždycky je co zlepšovat a i trocha nespokojenosti každého z nás táhne dopředu.*“ (žena, 39 let) „*Trpělivost, individuální a pozitivní přístup, empatie.*“ (žena, 23 let)

„Posílit personál v těchto zařízeních tak, aby to přispělo k ještě většímu z kvalitnění života uživatelů domova.“ (žena, 46 let) „Chtělo by to méně vypisování dokumentace, abychom se mohli o uživatele perfektně starat.“ (žena, 32 let)

6.8 Závěry šetření

Průzkumné šetření bylo realizováno ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením. Respondenty byli jak uživatelé zařízení – 30 osob, tak zaměstnanci – 20 osob. K šetření bylo užito metody rozhovoru pro uživatele a metody dotazníku pro zaměstnance. V rámci šetření jsme dospěli k následujícím výsledkům: Uživatelé, žijící v zařízení s celoročním pobytem, vyjadřují svou spokojenost se životem ve 27 případech (90 %). Navyklý způsob života jim vyhovuje, proto lze usuzovat, že mnohým z nich by činilo obtíže začlenit se do majoritní společnosti. Většina uživatelů, žije v ústavní péči již od svého dětství a tak neměli možnost poznat jiný styl života. Přesto by se našli takoví, kteří by změnu alespoň na nějaký čas vyzkoušeli. Otázkou však zůstává, zda by této změně byla nakloněna i zařízení, ve kterých uživatelé žijí. Mnozí zaměstnanci se shodují, že dosavadní způsob života jim vyhovuje a je zaznamenán především nezájem ze stran uživatelů něco měnit. Překvapilo nás, že sami zaměstnanci hovoří o uživatelích jako o pasivních osobách, které o nabídnuté činnosti příliš nestojí. Lze se jen domnívat, že uživatelům chybí motivace ze stran zaměstnanců. Opak ale může být pravdou. Zaznamenán byl fakt, že starší uživatelé málokdy projevují snahu a úsilí, často se spokojí s tím, co se jim osvědčilo a vyhovuje jim.

Pohled na zdraví nám ukázal, že málokdo z uživatelů si své omezení uvědomuje. Stejný názor o uvědomění vyjadřují i zaměstnanci. Slovo postižení bylo pro většinu dotázaných novým. Jeho význam musel být objasněn. Z první oblasti průzkumného šetření vyplynulo, že uživatelé nejsou zvyklí o této oblasti hovořit.

Oblast **soběstačnosti** byla ze strany zaměstnanců hodnocena různorodě. Spatřována byla jak úplná soběstačnost, tak i úplná nesoběstačnost. Šetření nám ukázalo, že ať už je klient soběstačný či nikoli, je vždy nad ním nutný dohled a kontrola. Uživatelé vyjadřují názor opačný. Téměř u všech dotázaných je úroveň soběstačnosti hodnocena velmi vysoko.

Bydlení je další oblastí posuzované kvality života. Tady se názory uživatelů a zaměstnanců shodují. Uživatelé vyjadřují spokojenost, zaměstnanci usuzují, že dle projevů se jim bydlení líbí. Oblast bydlení se ukázala jako jedna z nejdůležitějších.

Dále jsme věnovali pozornost oblasti **vztahů**. Posuzovány byly vztahy rodinné, přátelské i partnerské. Rodina zaujímá významné postavení v životě jedince s postižením. Zájem ze strany rodiny dodává uživatelům chuť do života. Stejný názor mají i zaměstnanci domova. Přátelským vztahům, tak jako vztahům rodinným, je kladen velký význam. Sami uživatelé si bez přátel nedovedou život představit. Šetření ukázalo, že oblast přátelských vztahů je omezena pouze na přátele, žijící ve stejném zařízení jako uživatelé. Vhodné by bylo do budoucna pracovat na zlepšení této otázky. Věříme, že uživatelé by uvítali častější setkávání s druhými lidmi žijící jak mimo zařízení, tak v jiném zařízení poskytující sociální péče. Ze strany uživatelů byl kladen důraz na vztahy partnerské. Uživatelé si stěžovali, že pro otázku partnerských vztahů zařízení mnoho nedělá. Chybí častější kontakt a možnost osobního setkávání. Zajímavé bylo, že zaměstnanci naopak spatřují nezájem ze strany uživatelů. Přichází s tvrzením, že zařízení je nakloněno partnerským vztahům, ovšem z řad uživatelů se nikdo takový nenašel.

Vzdělání bylo další oblastí průzkumného šetření kvality života. Bylo vyzorováno, že tato oblast nepatřila mezi uživateli k preferovaným. Překvapilo nás, že o další vzdělávání nemají zájem osoby mladšího věku. Dosažené vzdělání považují za dostačující. Ženy staršího věku by ovšem další vzdělávání uvítaly. Bohužel o tom, jaké mají možnosti, příliš nevědí. Zaměstnanci oblast vzdělávání vidí odlišně. U uživatelů chybí především zájem. Překvapilo nás, že sami zaměstnanci přichází s názorem, že mentální úroveň uživatelů jim neumožňuje další vzdělávání.

Zaměstnání bylo posuzováno jako další oblast kvality života. Bylo zjištěno, že zaměstnání není u mnohých uživatelů součástí života. Zájem pracovat byl spatřen u osob, kteří již v minulosti do zaměstnání docházeli. Bylo zjištěno, že uživatelé o nabídce možného zaměstnání příliš informováni nejsou. Zaměstnanci vyjadřují názor, že u většiny uživatelů chybí zájem. Mají svůj zaběhlý způsob života, který nemají potřebu měnit.

Průzkumné šetření bylo zaměřeno také na oblast **volného času**. Tato část rozhovoru patřila mezi uživateli k oblíbeným. Bylo zjištěno, že volný čas tvoří podstatnou část jejich života. Nabídku volnočasových aktivit považují za dostačující. Zaměstnanci o volném čase hovoří jako o nabídce možností, kterou využívají pouze vybraní uživatelé.

Do budoucna by bylo vhodné vzbudit u uživatelů zájem, aby mohli smysluplněji trávit svůj volný čas.

Poslední šetřenou oblastí kvality života byly **služby**. Zde se názory uživatelů i respondentů shodují. Poskytované služby jsou kvalitní, což se odráží na spokojenosti uživatelů. Jistým návrhem pro ještě větší spokojenost, je častější informovanost o službách mimo zařízení domova.

ZÁVĚR

Na kvalitu života lze pohlížet z různých úhlů pohledu. Nejedná se pouze o vyjádření spokojenosti či nespokojenosti se životem. Kvalita života v sobě zahrnuje mnoho oblastí, které jsou ve vzájemné součinnosti. Je subjektivním hodnocením každého člověka, který má tak možnost posoudit význam jednotlivých oblastí a vyjádřit s nimi spokojenost. Na kvalitu života nemají vliv pouze vnitřní činitelé. Významný podíl mají také vnější činitelé, kteří na jedince působí. Snad každý člověk touží po tom, aby jeho životní putování směřovalo k okamžikům naplněných štěstím a radostí. Lidé s postižením mají často ve vyjadřování svých emocí jistá omezení. Proto je na nás všech, abychom jim poskytli příležitost a vytvořili vhodné podmínky k dosažení plnohodnotného a kvalitního života.

V teoretické rovině je diplomová práce blíže věnována kvalitě života, osobě s lehkou a středně těžkou mentální retardací a regionu Uherskohradištska ve vztahu k lidem s mentální retardací. Je tedy dělena do tří kapitol.

Cílem praktické části bylo přiblížit kvalitu života osob s mentální retardací žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Zajímala nás především spokojenost uživatelů s jednotlivými oblastmi života. Realizováno bylo průzkumné šetření formou rozhovoru. Respondenty byli dospělí uživatelé vybraných zařízení. V průzkumném šetření bylo užito i metody dotazování, které jsme uplatnili u zaměstnanců vybraných domovů. Výsledky šetření byly v závěru porovnány a vyhodnoceny prostřednictvím tabulek a grafů.

Vzorek průzkumného šetření tvořilo 30 uživatelů a 20 zaměstnanců vybraných zařízení. Respondenty byli jak muži, tak ženy. Rozhovorové schéma bylo členěno do devíti oblastí: **Základní údaje o respondentech, Zdraví, Soběstačnost, Bydlení, Vzdělání, Vztahy, Volný čas, Zaměstnání a Služby**. Pohled na zdraví nám ukázal, že většina uživatelů si své postižení neuvědomuje, a proto v oblasti zdraví vyjadřují spokojenost. Oblast soběstačnosti je z pohledu zaměstnanců i uživatelů hodnocena rozdílně. Zaměstnanci se shodují, že je vždy nutný nad uživatelem vykonávat dohled a kontrolu. Uživatelé naopak považují svou soběstačnost za velmi vysokou. V oblasti bydlení jsou názory respondentů shodné. Spokojenost je vyjádřena na obou stranách. Dále nám šetření ukázalo, že v oblasti partnerských vztahů spatřují uživatelé značná omezení. Zaměstnanci ovšem přichází s tvrzením, že zařízení je nakloněno partnerským vztahům, ale z řad uživatelů se nikdo takový nenašel. Oblast vzdělání nepatřila

u uživatelů k preferovaným. Zaměstnanci zařízení poznamenali, že mentální úroveň uživatelů jim neumožňuje další vzdělávání a chybí jim především zájem se dále vzdělávat. Někteří uživatelé by další vzdělávání uvítali, bohužel o tom, jaké mají možnosti, příliš nevědí. V oblasti zaměstnání bylo zjištěno, že práce není u mnohých uživatelů součástí života. Uživatelé o nabídce možného zaměstnání nemají dostatečné informace. Zaměstnanci se shodují, že většina uživatelů se o práci ani nezajímá. Oblast volného času ukázala, že by bylo vhodné do budoucna vzbudit u uživatelů zájem, aby mohli smysluplněji trávit svůj volný čas. Poslední hodnocenou oblastí byly služby, jejichž nabídka, stejně jako kvalita, je považována za dostačnou. V závěru rozhovoru respondenti vyjadřovali preferenci jednotlivých oblastí života. Bylo zjištěno, že za nejdůležitější oblast je považováno zdraví a to ve 26, 66 %, dále oblast vztahů ve 23, 33 % a oblast bydlení v 13,33 %. Zaměstnanci domova vyjadřují názor, že uživatelé působí spokojeně, způsob života jim vyhovuje, a proto lze usuzovat, že ve vybraných domovech je život uživatelů považován za kvalitní.

Diplomová práce podává malý exkurz do života osob s mentální retardací. Umožňuje blíže proniknout do jednotlivých oblastí života a ukázat tak, jakou hodnotu jim osoby s postižením přikládají.

Průzkumné šetření, i když bylo realizováno na malém vzorku respondentů, nás ujišťuje o tom, že život osob žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením není zcela lhostejným těm, kdo v zařízení pracují. Ti mají snahu přispívat ke kvalitnímu životu svých uživatelů, které nelze dosáhnout jinak než týmovou prací.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **BENDL, S., KUCHARSKÁ, A.** *Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie – skripta pro studenty vykonávající pedagogickou praxi.* Praha: Univerzita Karlova, 2008. ISBN 978-80-7290-366-5.
2. **ČERNÁ, M. a kol.** *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením.* Praha: Karolinum, 2008. 1. vyd. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. **DOLEJŠÍ, M.** *K otázkám psychologie mentální retardace.* Praha: Avicenum, 1973, 1. vyd.
4. **EMERJON, E.** *Problémové chování u lidí s mentální retardací.* Praha: Portál, 2008. 1. vyd. ISBN 978-80-7367-390-1.
5. **HORÁK, F., CHRÁSKA, M.** *Úvod do metodologie pedagogiky.* Olomouc: Univerzita Palackého, 1989. 1. vyd.
6. **KOSTELNÁ, E.** Sociální péče o mentálně postižené: Stále stejný lesk a bída. *Zpravodaj ústavů sociální péče: pro management rezidenčních zařízení*, 2005, č. 2, s. 19. ISSN 1801-3112.
7. **KREJČÍŘOVÁ, O.** *Estetické aspekty zájmové pohybové činnosti osob s mentálním postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 1. vyd. ISBN 978-80-244-1648-9.
8. **KYSUČAN, J.** *Úvod do psychopedie.* Olomouc: Univerzita Palackého, 1982.
9. **LEČBYCH, M.** *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 1. vyd. ISBN 978-80-244-2071-4.
10. **MATOUŠEK, O., a kol.** *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Praha: Portál, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-7367-310-9.
11. **MATULAY, K.** *Ošetrovanie mentálne poškodených.* Martin: Osveta, 1989. 1.vyd.
12. **MRÁZKOVÁ, E.** *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky.* Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2004. 1. vyd. ISBN 80-7044-635-8.

13. **MÜHLPACHR, P., VAĎUROVÁ, H.** Vymezení, dimenze a měření kvality života. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
14. **MÜLLER, O.** *Lehká mentální retardace*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.
15. **NOVOSAD, L.** *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. 1. vyd. ISBN 80-7367-509-7.
16. **PAYNE, J., a kol.** *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 1. vyd. ISBN 86-7254-657-0.
17. **SLOWIK, J.** *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 1. vyd. ISBN 978-80-247-1733-3.
18. **ŠVARCOVÁ, I.** *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821.
19. **VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.** *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
20. **VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. 3. vyd. ISBN 80-7178-678-0.
21. **VALENTA, M., KOZÁKOVÁ, Z.** *Psychopedie 1 pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 1. vyd. ISBN 80-244-1187-3.
22. **VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O.** *Psychopedie – didaktika mentálně retardovaných*. Olomouc, 1992. ISBN 80-7067-211-0.
23. **VALENTA, M., MÜLLER, O.** *Psychopedie*. Parta, 2009. 4. vyd. ISBN 978-80-7320-137-1.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. *Diakonie ČCE – STŘEDISKO CESTA*. [online]. [cit. 2011-03-12]. Dostupný z World Wide Web: <www.cesta.diakoniecce.cz>.
2. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice, Cihlářská*. [online]. [cit. 2011-01-07] Dostupný z World Wide Web: <<http://dzp-kunovice.webnode.cz/>>.
3. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice, Na Bělince*. [online]. [cit. 2011-01-07] Dostupný z World Wide Web: <<http://www.ouss-uh.cz/uspmkunovice.htm>>.
4. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice*. [online]. [cit. 2011-01-06]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.ouss-uh.cz/uspmmedlovice.htm>>.
5. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město*. [online]. [cit. 2011-01-07]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.ouss-uh.cz/uspdsm.htm>>.
6. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad, Buchlovská*. [online]. [2011-01-06]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.dzp-buchlovska.cz/>>.
7. *Katalog sociálních služeb Zlínského kraje*. [online]. [cit. 2011-03-19]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.krzlinicky.cz/docDetail.aspx?docid=127340&doctype=ART&nid=3057&cpi>>.
8. *Oblastní charita Uherské Hradiště*. [online]. [cit. 2011-03-19]. Dostupný z World Wide Web: <<http://uhradiste.charita.cz/>>.
9. *Region Uherskéhradištsko*. [online]. [cit. 2011-03-05]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.trasovnik.cz/k_zlin/uhhrad/uhhrad.asp>.
10. *Sociální služby Uherské Hradiště*. [online]. [cit. 2011-03-01]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.ouss-uh.cz/index.htm>>.
11. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.* [online]. [cit. 2011-02-25]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf>.
12. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online]. [cit. 2011-02-25] Dostupný z World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	56
Graf 2 Průměrný věk respondentů.....	57
Graf 3 Místo bydliště respondenta	57
Graf 4 Přidružené postížení	59
Graf 5 Způsobilost k právním úkonům.....	60
Graf 6 Spokojenost se zdravím	61
Graf 7 Postížení respondenta	62
Graf 8 Spokojenost se životem	63
Graf 9 Osoby poskytující podporu v domově i mimo domov	66
Graf 10 Spokojenost s bydlením v domově.....	67
Graf 11 Představa svého budoucího bydlení	68
Graf 12 Nejvyšší ukončené vzdělání.....	71
Graf 13 Význam vzdělávání v budoucnu	72
Graf 14 Četnost setkávání s rodinou	75
Graf 15 Hodnocení vztahů v domově.....	77
Graf 16 Oblíbené aktivity respondentů	79
Graf 17 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit	80
Graf 18 Volnočasové aktivity v budoucnu	81
Graf 19 Preference jednotlivých oblastí života.....	90
Graf 20 Spokojenost se životem v zařízení	91
Graf 21 Soběstačnost uživatelů.....	93
Graf 22 Spokojenost s bydlením v domově z pohledu zaměstnanců	94
Graf 23 Vztahy mezi uživateli z pohledu zaměstnanců	99
Graf 24 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit	100
Graf 25 Význam zaměstnání v životě člověka.....	1022
Graf 26 Poskytované služby v domově	1033
Graf 27 Poskytované služby mimo zařízení domova	104

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace etiologických faktorů	26
Tabulka 2 Etiologie mentální retardace	27
Tabulka 3 Pohlaví respondentů	56
Tabulka 4 Průměrný věk respondentů.....	56
Tabulka 5 Místo bydliště respondenta	57
Tabulka 6 Uvědomění si svého postižení.....	58
Tabulka 7 Hloubka postižení (stupeň mentálního postižení)	58
Tabulka 8 Přidružené postižení	59
Tabulka 9 Spokojenost se zdravím	61
Tabulka 10 Spokojenost se životem	63
Tabulka 11 Úroveň soběstačnosti.....	64
Tabulka 12 Podpora druhých osob	65
Tabulka 13 Spokojenost s bydlením v domově.....	67
Tabulka 14 Navštěvování mateřské školy.....	69
Tabulka 15 Navštěvování základní školy.....	70
Tabulka 16 Nejvyšší ukončené vzdělání.....	70
Tabulka 17 Přátelé, význam přátel.....	73
Tabulka 18 Vlastní (původní) rodina	74
Tabulka 19 Hodnocení vztahu s rodinou.....	74
Tabulka 20 Partnerské vztahy – vážná známost	75
Tabulka 21 Volný čas v životě uživatelů	78
Tabulka 22 Využití volného času k vlastním zálibám	79
Tabulka 23 Současné zaměstnání	82
Tabulka 24 Nabídka služeb a jejich využívání.....	85
Tabulka 25 Spokojenost se zdravím	86
Tabulka 26 Spokojenost s bydlením v domově.....	87
Tabulka 27 Spokojenost se vzděláním.....	87
Tabulka 28 Spokojenost s využíváním volného času	88
Tabulka 29 Spokojenost se zaměstnáním.....	88
Tabulka 30 Spokojenost s nabídkou služeb	89
Tabulka 31 Spokojenost se životem	89
Tabulka 32 Pracovní pozice	91
Tabulka 33 Spokojenost s bydlením v domově z pohledu zaměstnanců	94
Tabulka 34 Alternativy bydlení.....	95
Tabulka 35 Význam rodiny, přátel	97
Tabulka 36 Partnerské vztahy.....	97
Tabulka 37 Partnerské soužití.....	98
Tabulka 38 Význam zaměstnání v životě člověka.....	102

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I	Obsah standardů kvality sociálních služeb
Příloha č. II	Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením ve Zlínském kraji
Příloha č. III	Rozhovorové schéma – uživatelé
Příloha č. IV	Dotazník – zaměstnanci
Příloha č. V	Fotografie vybraných domovů pro osoby se zdravotním postižením
CD Příloha	Tabulky a grafy

Příloha č. I Obsah standardů kvality sociálních služeb

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;	ano
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.	ne

2. Ochrana práv osob

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano

b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium Zásadní

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium Zásadní

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy; ne

c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby; ne

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; ano

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby; ano

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle; ano

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance; ano

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám. ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; ano

b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby; ne

c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování ne dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje; ano

b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele; ano

c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě; ne

d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti. ne

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;	ano
b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb;	ne
c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj	ne

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracovává vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;	ne
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ne
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem	ne

v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;	ne
--	----

b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.	ne
--	----

c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje	ne
--	----

d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje	ne
---	----

e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.	ne
---	----

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.	ne
--	----

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.	ne
--	----

13. Prostředí a podmínky

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;	ne
--	----

b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.	ne
--	----

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;	ne
---	----

b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;	ne
---	----

c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.	ne
--	----

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium	Zásadní
-----------	---------

a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;	ne
---	----

b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	ne
---	----

c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;	ne
--	----

d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.	ne
--	----

Příloha č. II Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením ve Zlínském kraji

CENTRA DENNÍ SLUŽEB

1. Centrum sociálních služeb Ergo Zlín

Adresa: Mostní 4058, 760 01 Zlín

Telefon: 577 430 922, 777 721 139

E – mail: ergo.sluzby@cspzlin.cz

Webové stránky: www.cspzlin.cz

2. Denní centrum Maják Slavičín

Adresa: Komenského 115, 763 21 Slavičín

Telefon: 577 012 714, fax: 577 343 843

E – mail: majak.slavicin@caritas.cz

Webové stránky: www.slavicin.caritas.cz

3. Denní centrum sv. Ludmily Uherské Hradiště

Adresa: Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště

Telefon: 572 540 592

E – mail: stacionar.uhradiste@caritas.cz

Webové stránky: www.uhradiste.caritas.cz

4. IZAP – Sdružení pro integraci zdravých a postižených dětí a mládeže „Chceme žít s vámi“ Zlín

Adresa: tř. Tomáše Bati 1276, 760 01 Zlín

Telefon: 577 019 912, fax: 577 019 913

E – mail: izap@volny.cz

Webové stránky: www.slunecnice.us

DENNÍ STACIONÁŘE

1. Denní stacionář – Anděl Kelč

Adresa: Kelč 290, 756 43 Kelč

Telefon: 571 641 270

E – mail: sdruzeniandel@tiscali.cz

2. Denní stacionář – Dům Naděje Otrokovice

Adresa: Wolkerova 1274, 765 02 Otrokovice

Telefon: 577 112 983, fax: 577 112 982

E – mail: otrokovice@nadeje.cz

Webové stránky: www.nadeje.cz

3. Denní stacionář pro klienty s mentálním postižením

Adresa: I. Veselkové 984, 763 02 Zlín-Malenovice

Telefon: 577 158 323, fax: 577 158 323

E – mail: hvezda.centrumdennichaktivit@seznam.cz

Webové stránky: www.sdruzeniHvezda.cz

4. Denní stacionář – Středisko Naděje Vsetín, Kobzáňova

Adresa: Kobzáňova 1537, 755 01 Vsetín

Telefon: 571 415 241, fax: 571 415 241

E – mail: kobzanova.vsetin@nadeje.cz

Webové stránky: www.nadeje.cz

5. Denní stacionář – Středisko Naděje Vsetín, Rokytnice

Adresa: Rokytnice 327, 755 01 Vsetín

Telefon: 571 419 361, fax: 571 419 361

E – mail: rokytnice.vsetin@nadeje.cz

Webové stránky: www.nadeje.cz

6. Diakonie českobratrské církve evangelické – Středisko CESTA, Uherské Hradiště

Adresa: Na Stavidle 1266, 686 01 Uherské Hradiště

Telefon: 572 557 273

E – mail: cesta@diakonieecce.cz

Webové stránky: www.cesta.diakonieecce.cz

7. Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka – denní stacionář Kroměříž

Adresa: Karla Čapka 3333/2, 767 01 Kroměříž

Telefon: 573 336 504, 573 509 530, fax: 573 336 503

E – mail: mikulova@sskm.cz, info@sskm.cz

Webové stránky: www.barborka-km.cz

8. Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

Adresa: Javornická 830, 768 72 Chvalčov

Telefon: 573 380 064, fax 573 380 063

E – mail: vedouci.usp-javornik@knet.cz

Webové stránky: www.javornik.zde.cz

9. Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice

Adresa: Cukrovar 304, 768 21 Kvasice

Telefon: 573 358 007, fax: 573 358 007

E – mail: vedouci.dzp.kvasice@ouss-uh.cz

Webové stránky: www.ouss-uh.cz, www.dzp-kvasice.estranky.cz

10. Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod

Adresa: Okružní 1519, 688 01 Uherský Brod

Telefon: 572 632 686, fax: 572 634 680

E – mail: uspm.brod@ouss-uh.cz

Webové stránky: www.ouss-uh.cz

11. Radost, domov pro osoby se zdravotním postižením Zlín

Adresa: Pod Vodojemem 3651, 760 01 Zlín

Telefon: 577 210 827, fax: 577 210 827

E – mail: radost.zarizeni@iex.cz

Webové stránky: www.radostzlin.cz

DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

1. Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka Kroměříž

Adresa: Karla Čapka 3333/2, 767 01 Kroměříž

Telefon: 573 509 530, fax: 573 509 530

E – mail: mikulova@sskm.cz

Webové stránky: www.barborka-km.cz

2. Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

Adresa: Javornická 830, 768 72 Chvalčov

Telefon: 573 380 064, fax: 573 380 063

E – mail: vedouci.usp-javornik@knet.cz

Webové stránky: www.javornik.zde.cz

3. Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská

Adresa: Cihlářská 526, 686 04 Kunovice

Telefon: 572 548 812, fax: 572 548 813

E – mail: uspd.kunovice@ouss-uh.cz

Webové stránky: www.ouss-uh.cz

4. Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince

Adresa: Na Bělince 1492, 686 04 Kunovice
Telefon: 572 548 843, 572 549 411, fax: 572 549 411
E – mail: uspm.kunovice@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz

5. Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice

Adresa: Cukrovar 304, 768 21 Kvasice
Telefon: 573 358 007, fax: 573 358 007
E – mail: rc.kvasice@quick.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz; www.dzp-kvasice.estranky.cz

6. Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice

Adresa: Medlovice 90, 687 41 Medlovice
Telefon: 572 594 729, fax: 572 594 729
E – mail: uspm.medlovice@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz

7. Domov pro osoby se zdravotním postižením Pačlavice

Adresa: Pačlavice 6, 768 34 Pačlavice
Telefon: 573 372 012, fax: 573 372 227
E – mail: radek.jaros@obecpaclavice.cz
Webové stránky: www.socialnisluzby.obecpaclavice.cz

8. Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město

Adresa: Kopánky 2052, 686 03 Staré Město
Telefon: 572 544 028, 572 544 029, fax: 572 544 028
E – mail: uspd.staremesto@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz

9. Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod

Adresa: Okružní 1519, 688 01 Uherský Brod
Telefon: 572 632 686, fax: 572 634 680
E – mail: uspm.brod@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz

10. Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská

Adresa: Buchlovská 301, 687 06 Velehrad
Telefon: 572 433 071, fax: 572 433 073
E – mail: kopretina@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz

- 11. Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Salašská**
Adresa: Salašská 61, 687 06 Velehrad
Telefon: 572 433 050, 572 433 051, 572 433 052, fax: 572 433 066
E – mail: uspm.velehrad@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz
- 12. Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Vincentinum**
Adresa: Nádvoří 305, 687 06 Velehrad
Telefon: 572 571 138, 572 571 112, fax: 572 571 110
E – mail: uspd.velehrad@ouss-uh.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz
- 13. Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová**
Adresa: Zašová 45, 756 51 Zašová
Telefon: 571 634 046, fax: 571 634 325
E – mail: socsluzbyzasova.ved@centrum.cz
Webové stránky: www.socsluzbyvsetin.cz
- 14. Domov pro osoby se zdravotním postižením Zborovice**
Adresa: Hlavní 1, 768 32 Zborovice
Telefon: 573 369 017, fax: 573 369 018
E – mail: usp.zborovice@quick.cz
Webové stránky: www.ouss-uh.cz
- 15. Dům Naděje Otrokovice**
Adresa: Wolkerova 1274, 765 02 Otrokovice
Telefon: 577 112 983, fax: 577 112 982
E – mail: otrokovice@nadeje.cz
Webové stránky: www.nadeje.cz
- 16. Hrádek, domovy pro osoby se zdravotním postižením Fryšták**
Adresa: Na Hrádku 100, 763 16 Fryšták
Telefon: 577 911 209, fax: 577 158 955
E – mail: hradek.frystak@volny.cz
Webové stránky: www.hradek-frystak.cz

Příloha č. III Rozhovorové schéma – uživatelé

ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA UŽIVATELŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Datum rozhovoru:

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O UŽIVATELI

1. **Pohlaví:** a) muž b) žena
2. **Rodinný stav:** a) svobodný(á) b) ženatý/vdaná c) rozvedený(á) d) vdovec/vdova
(Počet dětí:)
3. **Věk:**
4. **Místo bydliště:**
5. **Postižení respondenta:**
6. **Hloubka postižení (stupeň mentálního postižení):** a) lehká MR b) středně těžká MR c) těžká MR d) hluboká MR
7. **Přidružené postižení:** a) tělesné postižení b) zrakové postižení c) sluchové postižení d) duševní postižení e) vada řeči f) žádné g) jiné
8. **Způsobilost k právním úkonům:** a) plná b) částečná c) zbaven způsobilosti

ZDRAVÍ

9. **Spokojenost se zdravím** - alter. otázek.: *Jak hodnotíte své zdraví? Je na dobré či méně dobré úrovni? Jste se svým zdravím spokojen(a)?* apod.

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)
10. **Zdravotní obtíže** – alter. otázek: *Máte nějaké zdravotní problémy? Komplikují Vám zdravotní obtíže život?* apod.

a) ano b) ne
Vysvětlení:

11. Postižení respondenta – alter. otázek: *Máte nějaké postižení? Znesnadňuje Vám postižení žít běžným životem?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

12. Péče o zdraví – alter. otázek: *Staráte se, pečujete o své zdraví? Je tato péče podle Vás dostačující? Napadá Vás, jakým způsobem byste mohl(a) péči o zdraví zlepšit?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

13. Spokojenost se životem – alter. otázek: *Jste se svým životem spokojen(a)? Jak moc Vás těší život?* apod.

a) velice b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) vůbec ne

SOBĚSTAČNOST

14. Úroveň soběstačnosti – alter. otázek: *Dokážete se postarat sám(a) o sebe? Zvládáte péči o Vaši osobu bez pomoci druhých? Můžete o sobě říct, že jste soběstační?* apod.

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) vůbec ne

Vysvětlení:

15. Péče o vlastní osobu – alter. otázek: *Pomáhá Vám někdo s oblékáním, s obouváním, stravováním? Zvládáte péči o hygienu bez podpory druhých osob?* apod.

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) vůbec ne

Vysvětlení:

16. Sebeobslužné činnosti – alter. otázek: *Dokázal(a) byste sám(a) nakoupit, vyprat, vyžehlit? Dokázal(a) byste sám(a) obsluhovat cd přehrávač, televizi, počítač? Dokázal(a) byste si sám(a) vyřídit např. průkaz na MHD, občanský průkaz?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

17. Podpora druhých osob – alter. otázek: *Potřebujete podporu při vykonávání činností ze strany druhých osob? U kterých činností je nutná podpora?* apod.

- a) ano b) občas c) ne
a) hygiena b) stravování c) oblékání d) jiný

Vysvětlení:

18. Poskytnutí podpory - alter. otázek: *Kdo Vám poskytuje podporu v domově i mimo domov? V čem spočívá jejich podpora?* apod.

- a) vychovatelé b) pečovatelé c) ostatní uživatelé domova d)jiný

Vysvětlení:

BYDLENÍ

19. Bydlení v domově - alter. otázek: *Jste spokojen(a) se svým současným bydlením? Líbí se Vám vaše bydlení?* apod.

- a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

Vysvětlení:

20. Vlastní bydlení v domově – alter. otázek: *Máte v domově vlastní pokoj? Kolik Vás bydlí na pokoji?* apod.

- a) ano b) ne

Vysvětlení:

21. Vztahy na pokoji – alter. otázek: *Rozumíte si se svými spolubydlícími na pokoji? Vycházíte s nimi?* apod.

- a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

22. Budoucí bydlení – alter. otázek: *Jak byste si představoval(a) své bydlení v budoucnu? Kde byste rád(a) bydlela?* apod.

- a) vlastní pokoj b) chráněné bydlení c) týdenní stacionář d) jiný

Vysvětlení:

VZDĚLÁNÍ

23. Mateřská škola - alter. otázek: *Chodil(a) jste do mateřské školy? Jakou mateřskou školu jste navštěvoval(a)? Měl(a) jste v mateřské škole kamarády?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

24. Základní škola - alter. otázek: *Chodil(a) jste do základní školy? Jakou základní školu jste navštěvoval(a)? Měl(a) jste v základní škole nějaké kamarády?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

25. Ukončené vzdělání – alter. otázek: *Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání? Jaký je váš vystudovaný obor?* apod.

- a) základní škola
- b) základní škola praktická
- c) základní škola speciální
- d) praktická škola
- e) odborné učiliště
- f) střední odborné učiliště
- g) střední škola s maturitou
- h) jiné

Vystudovaný obor:

26. Současné vzdělávání – alter. otázek: *Vzděláváte se v současné době? Jakým způsobem?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

27. Vzdělávání v budoucnu - alter. otázek: *Chtěl(a) byste dále studovat? Učíte se rád(a) novým věcem? Myslíte si, že Vám bude další vzdělávání do budoucna přínosné?* apod.

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) vůbec ne

Vysvětlení:

28. Přání v oblasti vzdělávání – alter. otázek: *V jaké oblasti byste se chtěl(a) dále vzdělávat? Co by Vás zajímalo, bavilo?* apod.

Vysvětlení:

VZTAHY

29. Přátelé - alter. otázek: *Máte přátele? Jsou přátelé pro Vás nepostradatelní? Máte svého nejlepšího kamaráda?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

30. Kontakt s přáteli – alter. otázek: *Stýkáte se s přáteli? Jak často?* apod.

a) každý den b) jen o víkendu c) 1x za měsíc d) výjimečně e) vůbec

31. Rodina – alter. otázek: *Máte vlastní (původní) rodinu?* apod.

a) ano b) ne

32. Hodnocení vztahu s rodinou – alter. otázek: *Jak hodnotíte Váš vztah s rodinou? Na jaké úrovni se nachází?* apod.

a) výborný b) docela dobrý c) středně dobrý d) spíše špatný e) špatný

33. Kontakt s rodinou – alter. otázek: *Stýkáte se se svou rodinou? Udržujete s rodinou pravidelný kontakt?* apod.

a) ano b) občas c) ne

34. Četnost setkávání s rodinou – alter. otázek: *Jak často Vás rodina v domově navštěvuje?* apod.

a) každý den b) jen o víkendu c) 1x za měsíc d) výjimečně e) vůbec

35. Partnerské vztahy – alter. otázek: *Máte či v nedávné minulosti jste měl(a) vážnou známost?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

36. Četnost setkávání s přítelem(kyní) – alter. otázek: *Máte či měl(a) jste možnost se s přítelem(kyní) scházet? Jak často jste se setkával(a) se svým partnerem? Jak často se vidáte se svým partnerem?* apod.

a) každý den b) jen o víkendu c) 1x za měsíc d) výjimečně e) vůbec

Vysvětlení:

37. Spokojenost s partnerským životem – alter. otázek: *Jste spokojen(a) se svým partnerským životem? Jak hodnotíte vlastní partnerský život?* apod.

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a)
d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Vysvětlení:

38. Partnerská budoucnost – alter. otázek: *Plánujete s partnerem společnou budoucnost? Myslíte si, že byste dokázali žít společným životem? Jste připraveni na společnou budoucnost?* apod.

a) ano b) nevím c) ne

Vysvětlení:

39. Děti - alter. otázek: *Chtěl(a) byste mít v budoucnu děti? Plánujete děti se svým partnerem? Myslíte si, že jste připraven(a) na výchovu dětí? Dokázal(a) byste se o děti postarat?* apod.

a) ano b) nevím c) ne

Vysvětlení:

40. Vztahy v domově – alter. otázek: *Jak vycházíte s ostatními uživateli domova? Jak celkově vnímáte vztahy v domově? Na jaké jsou úrovni?* apod.

a) výborné b) docela dobré c) středně dobré d) spíše špatné e) špatné

Vysvětlení:

VOLNÝ ČAS

41. Volný čas v životě uživatelů – alter. otázky: *Máte ve svém životě volný čas? Poskytuje Vám domov dostatek volného času?* apod.

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

42. Zájmy, záliby – alter. otázek: *Máte možnost využít volný čas k Vaším zájmům, zálibám? Máte možnost se Vaším zálibám věnovat?* apod.

a) ano b) občas c) ne

Vysvětlení:

43. Oblíbené aktivity – alter. otázek: *Které aktivity patří k Vaším oblíbeným? Co rád(a) děláte? Co patří k Vaším zálibám?* apod.

a) četba b) pohybové aktivity c) šití, vyšívání d) vaření e) sledování televize
f) odpočinek g) jiné

Vysvětlení:

44. Návštěvy kroužků – alter. otázek: *Navštěvujete nějaké kroužky? Jaké?* apod.

a) ano b) občas c) ne

Vysvětlení:

45. Pravidelnost kroužků – alter. otázek: *Navštěvujete kroužky pravidelně? Jak často se jim věnujete?* apod.

a) každý den b) 1x až 3x týdně c) 1x za měsíc d) jiný

Vysvětlení:

46. Nabídka volnočasových aktivit – alter. otázek: *Jste spokojen(a) s nabídkou volnočasových aktivit v domově i mimo domov? Jste o této nabídce informováni?* apod.

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

Vysvětlení:

47. Volnočasové aktivity mimo zařízení domova – alter. otázek: *Máte možnost navštěvovat volnočasové aktivity i mimo domov? Jste o těchto možnostech informováni?* apod.

a) ano b) ne

Vysvětlení:

48. Aktivity v budoucnu – alter. otázek: *Kterým aktivitám byste se v budoucnu chtěl(a) věnovat? Které aktivity by se měly stát součástí Vašeho života?* apod.

- a) výtvarné aktivity b) hudební aktivity c) sportovní aktivity d) ruční práce
e) práce s počítačem f) jiné

Vysvětlení:

PRÁCE – ZAMĚSTNÁNÍ

49. Možnosti zaměstnání – alter. otázek: *Chodíte do zaměstnání? Pracujete v současné době? Máte možnost chodit do zaměstnání i mimo domov?* apod.

- a) ano b) ne

Vysvětlení:

50. Současné zaměstnání – alter. otázek: *Jaké je Vaše současné zaměstnání? Jste v zaměstnání spokojen(a)?* apod.

Vysvětlení:

- a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

51. Docházení do zaměstnání – alter. otázek: *Jak často chodíte do zaměstnání? Jaká je vaše pracovní doba?* apod.

- a) každý den
b) 1x až 3x týdně
c) 1x za měsíc
d) jiný

Vysvětlení:

52. Podpora v zaměstnání – alter. otázek: *Potřebujete v současné době podporu v zaměstnání? V čem spočívá tato podpora?* apod.

- a) ano b) ne

Vysvětlení:

53. Poskytnutí podpory – alter. otázek: *Kdo Vám v zaměstnání poskytuje podporu?* apod.

- a) vychovatelé b) pečovatelé c) ostatní zaměstnanci d) asistent e) jiný

Vysvětlení:

54. Budoucí zaměstnání – alter. otázek: *V případě, že do zaměstnání nechodíte – chtěl(a) byste chodit do zaměstnání? Co byste chtěl(a) dělat? Máte potřebu, aby se zaměstnání stalo součástí Vašeho života?* apod.

a) ano b) nevím c) ne

Vysvětlení:

55. Pravidelnost chození do zaměstnání - alter. otázek: *Jak často byste chtěl(a) chodit do zaměstnání? Jaká je Vaše představa?* apod.

Vysvětlení:

SLUŽBY

56. Nabídka služeb – alter. otázek: *Které z následujících služeb využíváte? Myslíte si, že je nabídka služeb dostatečná? Získáváte informace o nabídce služeb?* apod.

- a) zdravotní služby (praktický lékař, zubní lékař, oční lékař, gynekolog)
- b) sociální služby (asistence, poradenství, dávky sociální podpory)
- c) vzdělávací služby (večerní školy, kurzy)
- d) obchody (nákupní centra)
- e) služby pro péči o zevnějšek (kadeřník, kosmetika, pedikúra, manikúra)
- f) dopravní služby (autobus, vlak, výlety)
- g) restaurace, kavárny
- h) kulturní služby (divadlo, kino, koncerty, diskotéky)
- i) sportovní služby (sportovní centra, tenis, squash, bazén, bowling)
- j) duchovní služby (kostel)

Vysvětlení:

57. Služby v domově - alter. otázek: *Využíváte některých služeb přímo v domově? Jsou Vám služby v domově k dispozici?* apod.

a) ano b) občas c) ne

Vysvětlení:

58. Kvalita služeb – alter. otázek: *Jste spokojen(a) s kvalitou služby? Jak tuto kvalitu hodnotíte?* apod.

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)
Vysvětlení:

59. Služby mimo zařízení domova - alter. otázek: *Máte možnost využívat služeb v okolí Vašeho domova? Máte dostatečné informace o nabídce služeb v okolí?* apod.

a) ano b) občas c) ne
Vysvětlení:

60. Využití služeb – alter. otázek: *Které služby využíváte v okolí Vašeho domova?* apod.

Vysvětlení:

61. Asistenční služby – alter. otázek: *Využíváte asistenčních služeb? U kterých činností využíváte podporu asistenta?* apod.

a) ano b) ne
Vysvětlení:

62. Spokojenost s jednotlivými oblastmi života
Zdraví

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Soběstačnost

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Bydlení

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Vzdělání

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Vztahy

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Volný čas

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

Práce – Zaměstnání

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

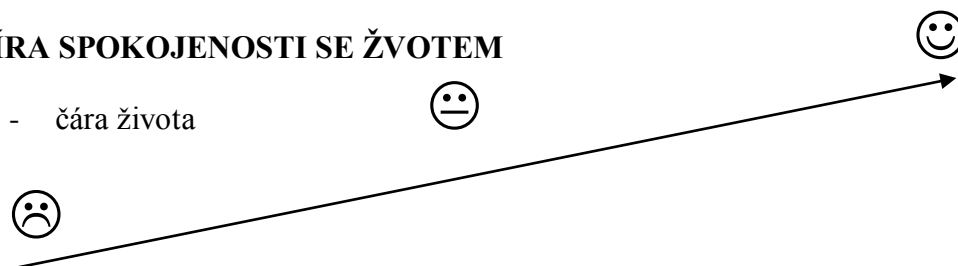
Služby

a) velmi spokojen(a) b) spíše spokojen(a) c) středně spokojen(a) d) spíše nespokojen(a) e) velmi nespokojen(a)

63. Preference jednotlivých oblastí života

Zdraví	
Soběstačnost	
Bydlení	
Vzdělání	
Vztahy	
Volný čas	
Práce - Zaměstnání	
Služby	

MÍRA SPOKOJENOSTI SE ŽVOTEM



- vyznačte na čáře, jak jste spokojeni se svým životem
- ☹️ nespokojenost
 - 😐 částečná spokojenost
 - 😊 spokojenost

Příloha č. IV Dotazník - zaměstnanci

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O RESPONENTOVI

1. Pohlaví: a) muž b) žena

2. Věk:

3. V zařízení pracuji v pozici:

4. Myslíte si, že jsou uživatelé spokojeni se svým životem v zařízení?

b) velmi b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) vůbec ne

Vysvětlete prosím:

5. Jak moc je podle Vás těší život?

Vysvětlete prosím:

6. Myslíte si, že zdravotní postižení komplikuje uživatelům běžný život?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

7. Jak Vaše zařízení pečuje o zdraví uživatelů?

Vysvětlete prosím:

8. Napadá Vás, jakým způsobem by se dala péče o zdraví ještě zlepšit?

Vysvětlete prosím:

9. Na kolik jsou uživatelé domova soběstační?

a) velmi b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) vůbec ne

Vysvětlete prosím:

10. Vyžadují uživatelé při běžných denních činnostech (hygiena, stravování, obouvání) podporu ze strany druhých osob?

a) ano b) občas c) ne

Vysvětlete prosím:

11. V čem tato podpora spočívá?

Vysvětlete prosím:

12. Na kolik jsou uživatelé se svým bydlením v domově spokojeni?

a) velmi spokojeni b) spíše spokojeni c) středně d) spíše nespokojeni e) velmi nespokojeni

Vysvětlete prosím:

13. Umožňuje zařízení uživatelům bydlet ve vlastním pokoji?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

14. Je domov nakloněn i k jiným alternativám bydlení?

a) samostatný pokoj b) chráněné bydlení c) týdenní stacionář d) jiný

Vysvětlete prosím:

15. Myslíte si, že dosažené vzdělání uživatelů nějakým způsobem ovlivňuje jejich kvalitu života?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

16. Podporuje Vaše zařízení další vzdělávání uživatelů?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

17. Napadá Vás, jak u uživatelů vzbudit zájem k dalšímu vzdělávání?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

18. Myslíte si, že jsou přátelé, rodina důležitou součástí života uživatelů?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

19. Podílí se Vaše zařízení nějakým způsobem na zlepšování vztahů s původní rodinou uživatele?

Vysvětlete prosím:

20. Napadají Vás další možnosti, jak tyto vztahy zlepšit?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

21. Je Vaše zařízení nakloněno k partnerským vztahům?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

22. Na kolik jsou uživatelé spokojeni se svým partnerským životem?

a) velmi spokojeni b) spíše spokojeni c) středně d) spíše nespokojeni
e) velmi nespokojeni

Vysvětlete prosím:

23. Je Vaše zařízení nakloněno k partnerskému soužití?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

24. Napadá Vás, jakým způsobem by se dala otázka partnerských vztahů zlepšit?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

25. Jak celkově vnímáte vztahy mezi uživateli navzájem?

a) výborné b) docela dobré c) středně dobré d) spíše špatné e) špatné

Vysvětlete prosím:

26. Napadá Vás, jak více posilovat pozitivní vztahy mezi uživateli?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

27. Poskytuje Vaše zařízení uživatelům dostatek volného času?

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

Vysvětlete prosím:

28. Je podle Vás nabídka volnočasových aktivit v domově i mimo domov dostatečná?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

29. Využívají uživatelé této nabídky?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

30. Na kolik jsou uživatelé domova spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit?

a) velmi spokojeni b) spíše spokojeni c) středně d) spíše nespokojeni e) velmi nespokojeni

Vysvětlete prosím:

31. Vedete Vy sami nějaký kroužek? Jaký? Kolik uživatelů do kroužku dochází?

a) ano b) ne

Název:

Počet:

32. Napadá Vás, jak by mohli uživatelé lépe využít volného času?

Vysvětlete prosím:

33. Sledujete u Vašich uživatelů zájem chodit do zaměstnání?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

34. Mají uživatelé možnost chodit do zaměstnání přímo v domově?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

35. Mají uživatelé možnost chodit do zaměstnání mimo domov?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

36. Jakou podporu poskytuje Vaše zařízení uživatelům v oblasti zaměstnání?

Vysvětlete prosím:

37. Zaujímá podle Vás zaměstnání v životě uživatelů významné místo?

a) ano b) ne

Vysvětlete prosím:

38. Napadá Vás, jak by se dala nabídka zaměstnání v budoucnu rozšířit a zkvalitnit?

Vysvětlete prosím:

Služby : zdravotní služby, sociální služby, vzdělávací služby, obchody, dopravní služby, kulturní služby, sportovní služby, duchovní služby, asistenční služby, jiné

39. Které z uvedených služeb jsou Vaším uživatelům k dispozici v domově?

Vysvětlete prosím:

40. Které z uvedených služeb jsou Vaším uživatelům k dispozici mimo zařízení domova?

Vysvětlete prosím:

41. Na kolik jsou uživatelé spokojeni s kvalitou služby?

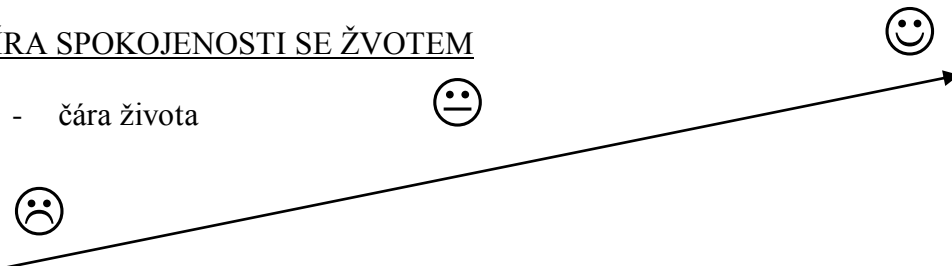
a) velmi spokojeni b) spíše spokojeni c) středně d) spíše nespokojeni e) velmi nespokojeni

Vysvětlete prosím:

42. Napadá Vás, jak lépe zpřístupnit služby Vaším uživatelům?

Vysvětlete prosím:

MÍRA SPOKOJENOSTI SE ŽVOTEM



- vyznačte na čáře, jak jste spokojeni se svým životem
 - ☹️ nespokojenost
 - 😐 částečná spokojenost
 - 😊 spokojenost

43. Napadá Vás něco, co byste chtěl(a) sdělit k danému tématu (Šetření kvality života u uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením)?

Děkuji Vám za Váš čas strávený při vyplnění tohoto dotazníku. Přeji mnoho úspěchů ve Vaší profesi.

Příloha č. V Fotografie vybraných domovů pro osoby se zdravotním postižením

Fotografie č. 1 Pohled na zařízení



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ouss-uh.cz/uspmkunovice.htm>, cit. 15. 2. 2011)

Fotografie č. 2 Uživatelé zařízení – Motýlkový bál



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ouss-uh.cz/uspmkunovice.htm>, cit. 15. 2. 2011)

Fotografie č. 3 Hlavní vchod do zařízení



(dostupné na World Wide Web: <http://dzp-kunovice.webnode.cz//>, cit. 5. 3. 2011)

Fotografie č. 4 Chodba domova



(dostupné na World Wide Web: <http://dzp-kunovice.webnode.cz//>, cit. 5. 3. 2011)

Fotografie č. 5 Bydlení uživatelů



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ouss-uh.cz/uspdsm.htm>, cit. 15. 2. 2011)

Fotografie č. 6 Uživatelé zařízení - terapie



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ouss-uh.cz/uspdsm.htm>, cit. 15. 2. 2011)

Fotografie č. 7 Hlavní budova domova



(dostupné na World Wide Web: <http://www.dzp-buchlovska.cz/>, cit. 5. 3. 2011)

Fotografie č. 8 Pokoj uživatelů



(dostupné na World Wide Web: <http://www.ouss-uh.cz/uspmmedlovce.htm>, cit. 5. 3. 2011)

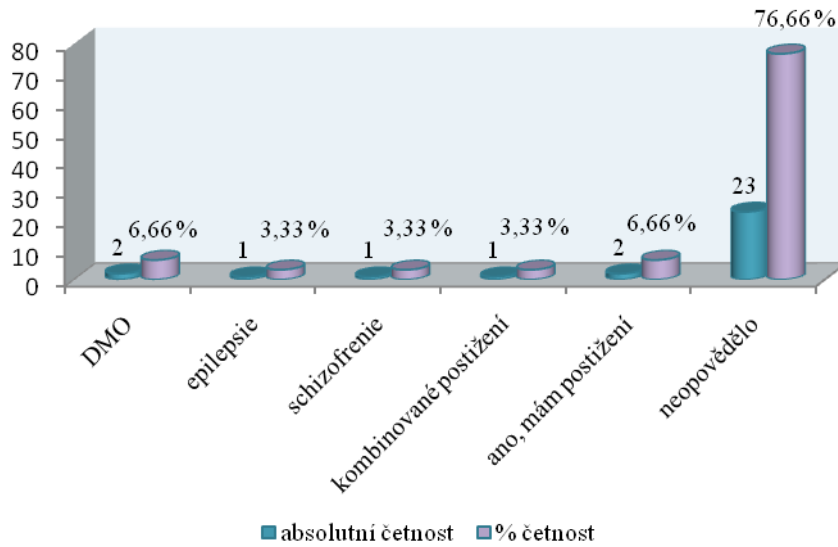
ANOTACE

Jméno a příjmení:	Pavλίna Hubíkova
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, PhD.
Rok obhajoby:	2011

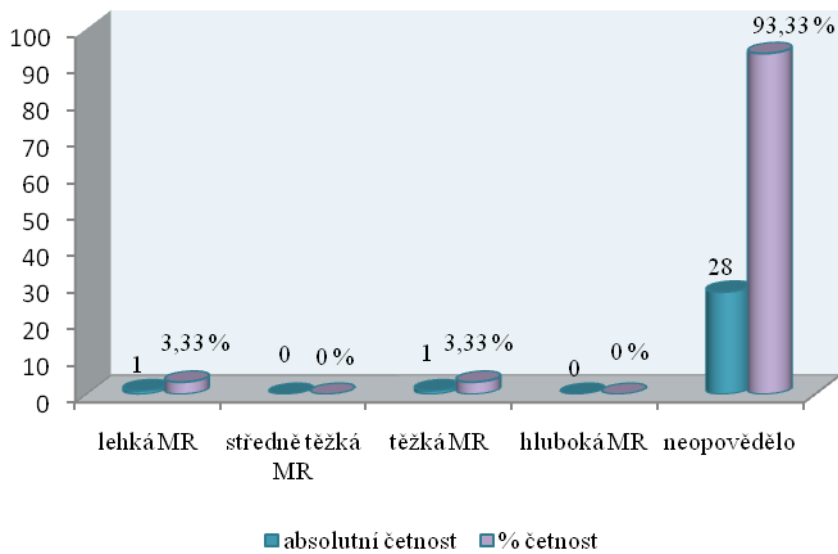
Název práce:	Kvalita života osob s lehkou a středně těžkou mentální retardací v regionu Uherské Hradiště
Název v angličtině:	The life standart of persons with low and medium mental retardation in region Uherské Hradiště
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života dospělých osob s mentálním postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Je dělena na část teoretickou a praktickou. Cílem diplomové práce bylo přiblížit kvalitu života osob s mentálním postižením. Bylo zjišťováno, jak jsou osoby s mentálním postižením v zařízeních sociální péče spokojeni. Jejich názory bylo možné porovnat s názory zaměstnanců. Průzkumné šetření bylo realizováno u osob s mentálním postižením formou rozhovoru, u zaměstnanců vybraných zařízení formou dotazníku. Jednotlivé přílohy prakticky tuto práci doplňují.
Klíčová slova:	Mentální postižení, osoba s lehkou mentální retardací, osoba se středně těžkou mentální retardací, kvalita života, zařízení pro osoby s mentálním postižením
Anotace v angličtině:	This graduation thesis deals with the quality of life among adult people with mental disabilities living in social care homes. It is divided into theoretical and practical part. The aim of this thesis is to bring near the quality of life among adult people with mental disabilities. The main aspect to be concerned was how satisfied are these people in the social care homes. Their opinions were compared with the views of employees. The survey among the people with mental disabilities was realized through the personal interview, the employees were asked by a questionnaire. Individual

	enclosures practically complete this thesis.
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, a person with mild mental retardation, a person with moderate mental retardation, quality of life, social care homes
Přílohy vázané v práci:	číslo I: Obsah standardů kvality sociálních služeb číslo II: Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením ve Zlínském kraji číslo III: Rozhovorové schéma – uživatelé číslo IV: Dotazník – zaměstnanci číslo V: Fotografie vybraných domovů pro osoby se zdravotním postižením
Rozsah práce:	115
Jazyk práce:	Český jazyk

CD Příloha č. VI Tabulky a grafy



Graf č. 1 Uvědomění si svého postižení



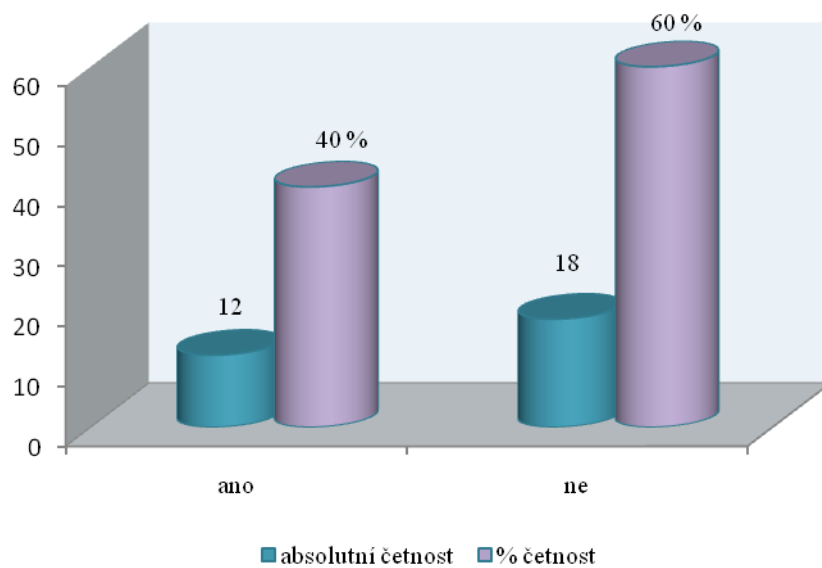
Graf č. 2 Hloubka postižení (stupeň mentálního postižení)

Tabulka č. 1 Způsobilost k právním úkonům

	absolutní četnost	% četnost
plná	4	13,33
částečná	2	6,66
zbaven způsobilosti	24	80
celkem	30	100

Tabulka č. 2 Zdravotní obtíže

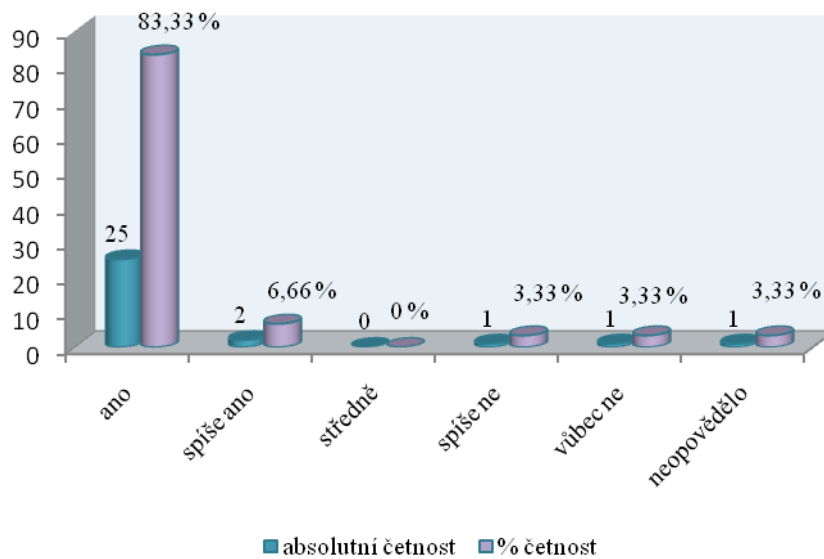
	absolutní četnost	% četnost
ano	12	40
ne	18	60
celkem	30	100



Graf č.3 Zdravotní obtíže

Tabulka č. 3 Postižení respondenta

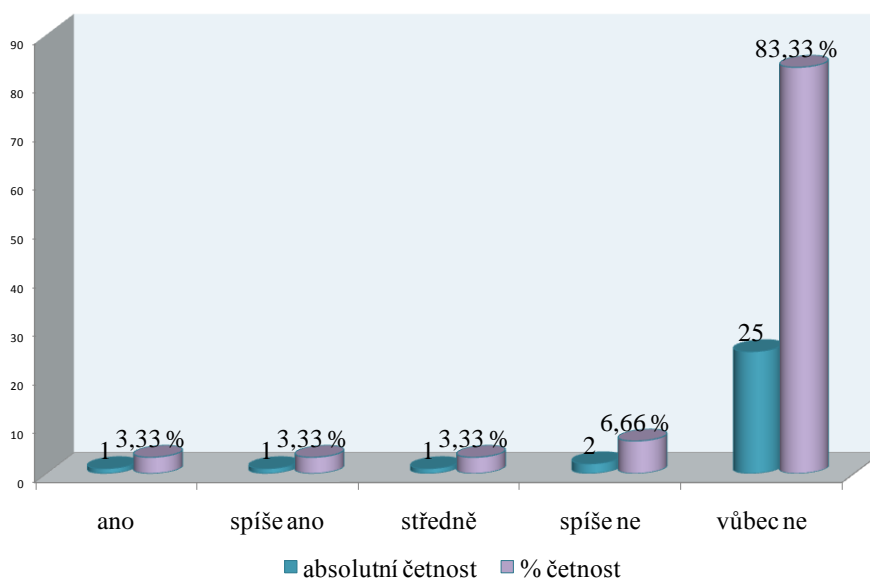
	absolutní četnost	% četnost
ano	6	20
ne	13	43,33
neopovědělo	11	36,66



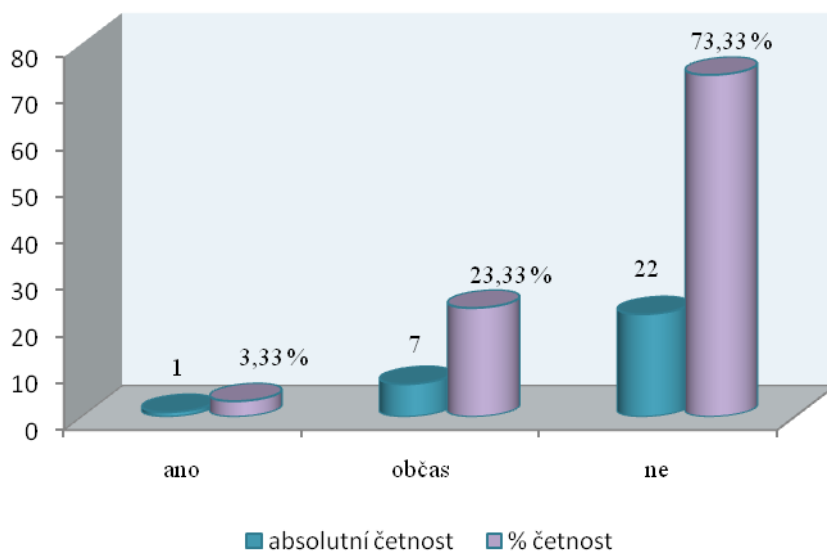
Graf č. 4 Úroveň soběstačnosti

Tabulka č. 4 Péče o vlastní osobu

	absolutní četnost	% četnost
ano	1	3,33
spíše ano	1	3,33
středně	1	3,33
spíše ne	2	6,66
vůbec ne	25	83,33
celkem	30	100



Graf č. 5 Péče o vlastní osobu



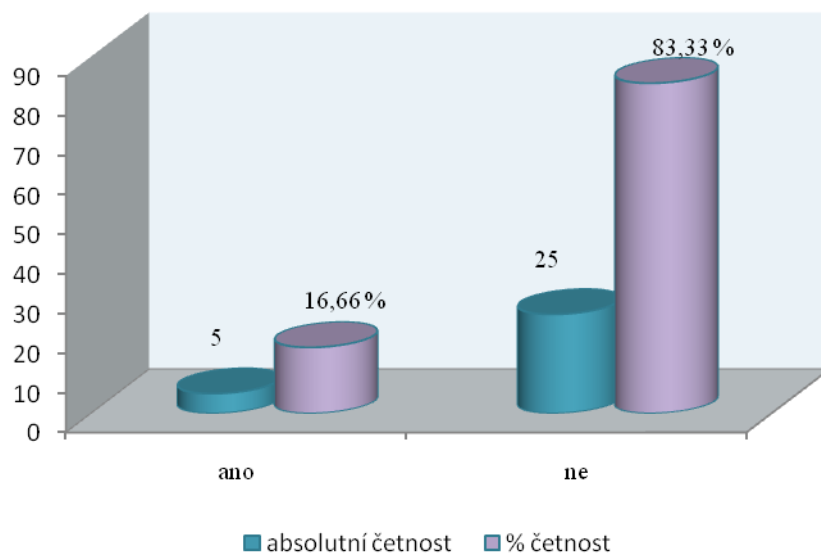
Graf č. 6 Podpora druhých osob

Tabulka č. 5 Osoby poskytující podporu v domově i mimo domov

	absolutní četnost	% četnost
vychovatelé	9	30
pečovatelé	9	30
ostatní uživatelé domova	4	13,33
jiný	1	3,33
neodpovědělo	7	23,33
celkem	30	100

Tabulka č. 6 Vlastní pokoj

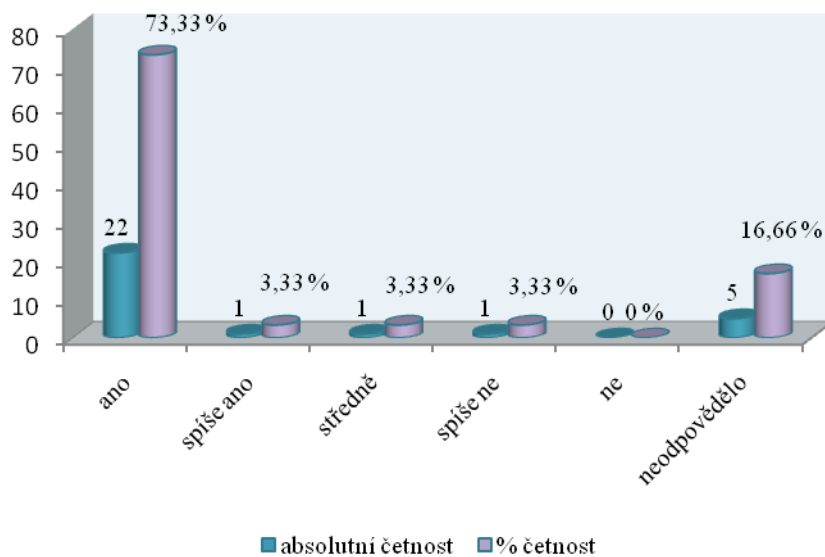
	absolutní četnost	% četnost
ano	5	16,66
ne	25	83,33
celkem	30	100



Graf č. 7 Vlastní pokoj

Tabulka č. 7 Vztahy na pokoji – vzájemné porozumění

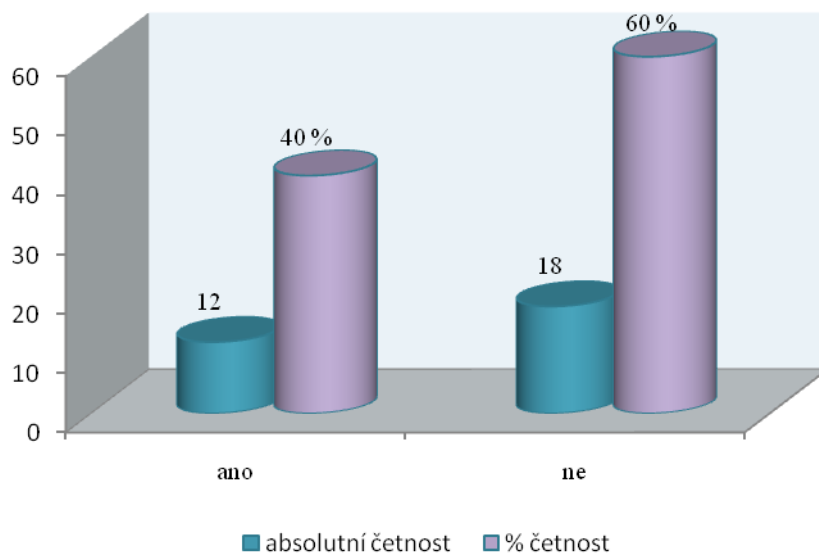
	absolutní četnost	% četnost
ano	22	73,33
spíše ano	1	3,33
středně	1	3,33
spíše ne	1	3,33
ne	0	0
neodpovědělo	5	16,66
celkem	30	100



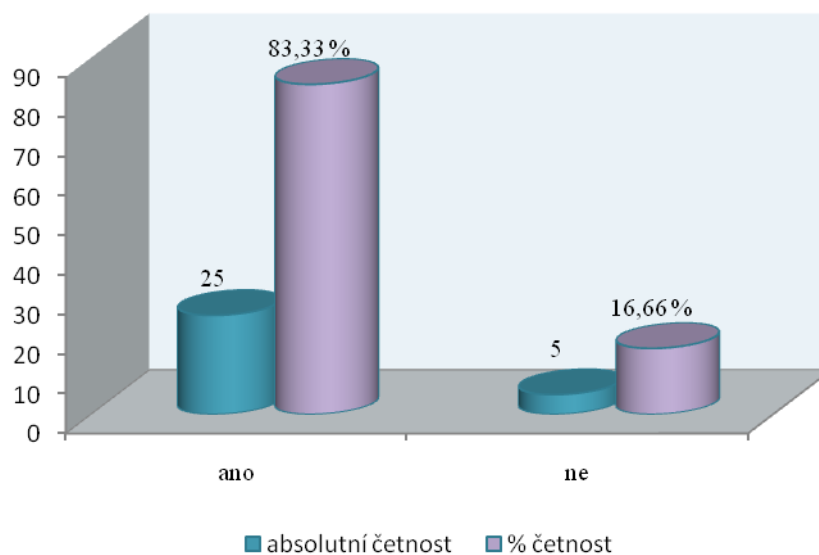
Graf č. 8 Vztahy na pokoji – vzájemné porozumění

Tabulka č. 8 Představa svého budoucího bydlení

	absolutní četnost	% četnost
vlastní pokoj	14	46,66
chráněné bydlení	5	16,66
týdenní stacionář	0	0
jiný	1	3,33
neodpovědělo	10	33,33
celkem	30	100



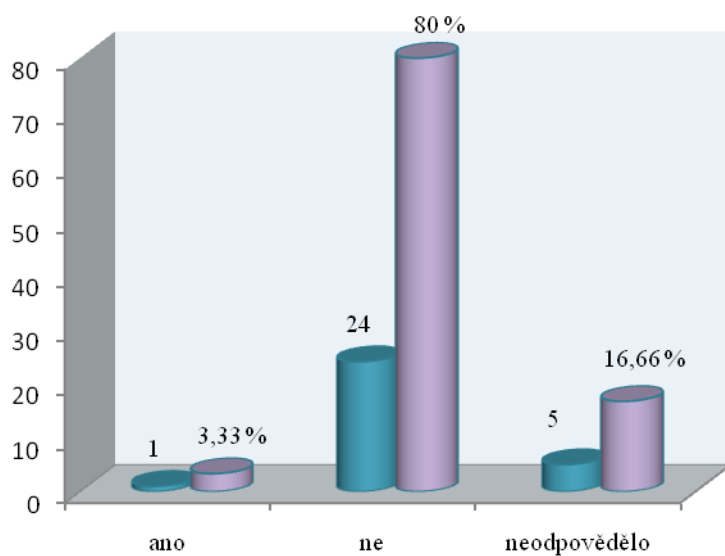
Graf č. 9 Navštěvování mateřské školy



Graf č. 10 Navštěvování Základní školy

Tabulka č. 9 Současné vzdělávání

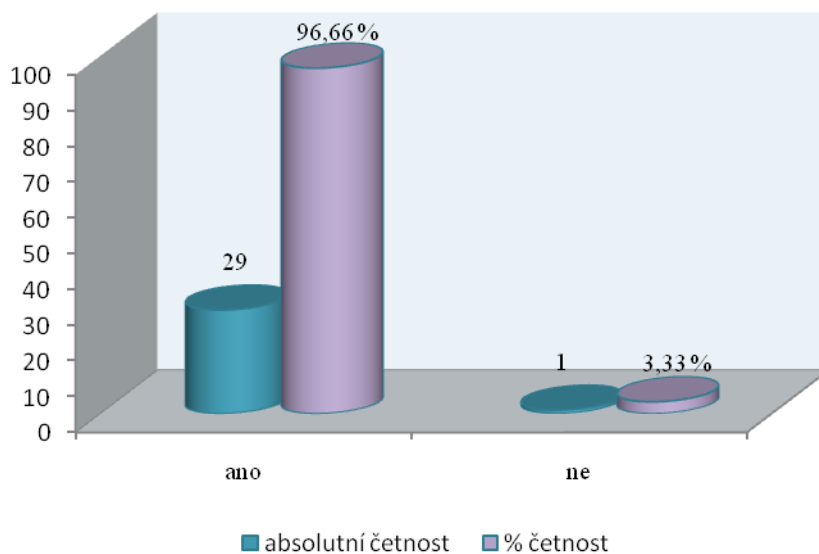
	absolutní četnost	% četnost
ano	1	3,33
ne	24	80
neodpovědělo	5	16,66
celkem	30	100



Graf č. 11 Současné vzdělávání

Tabulka č. 10 Význam vzdělávání v budoucnu

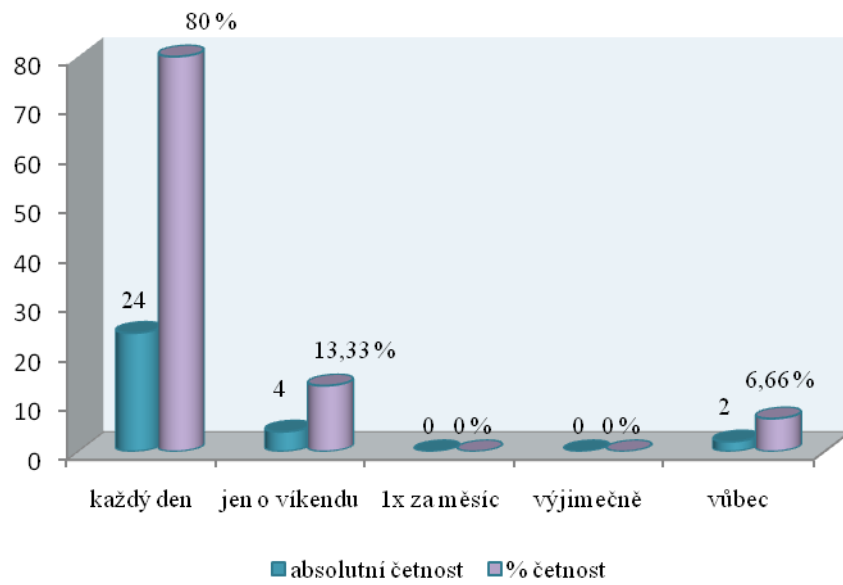
	absolutní četnost	% četnost
ano	11	36,66
spíše ano	6	20
středně	3	10
spíše ne	0	0
ne	10	33,33
celkem	30	100



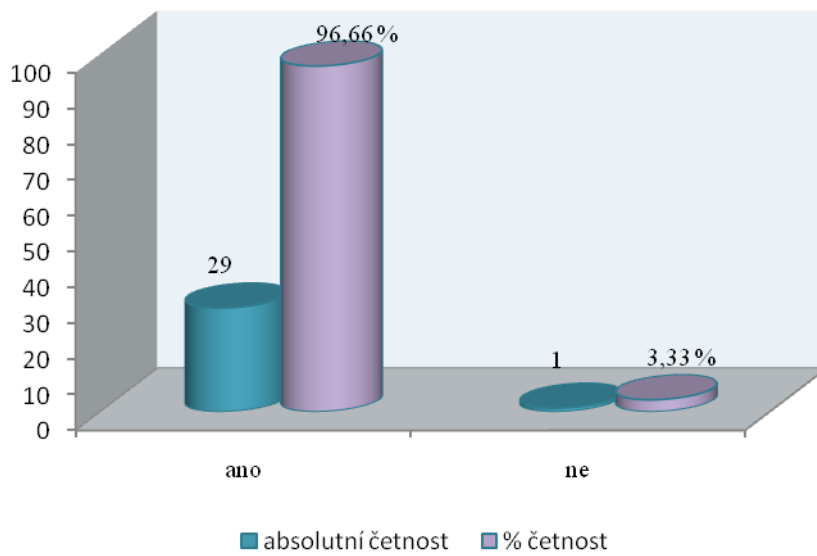
Graf č. 12 Přátelé, význam přátel

Tabulka č.11 Kontakt s přáteli

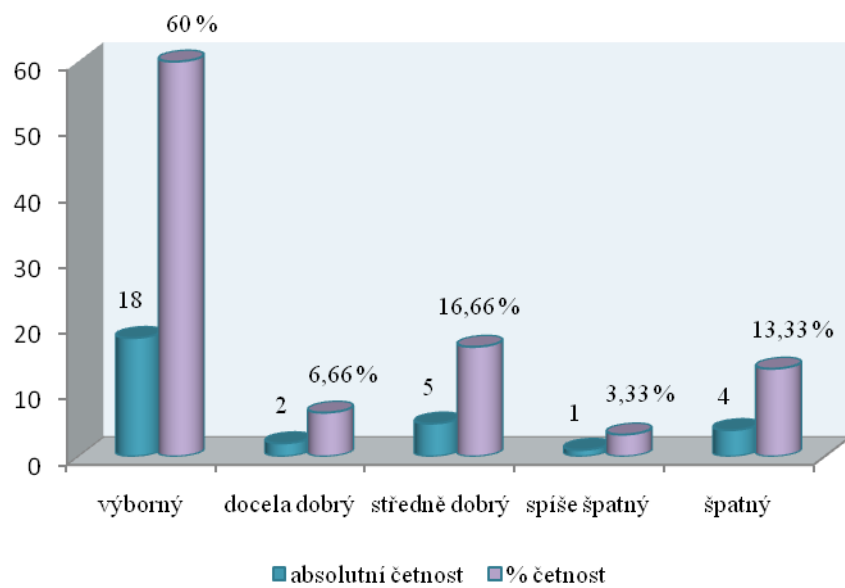
	absolutní četnost	% četnost
každý den	24	80
jen o víkendu	4	13,33
1x za měsíc	0	0
výjimečně	0	0
vůbec	2	6,66
celkem	30	100



Graf č. 13 Kontakt s přáteli



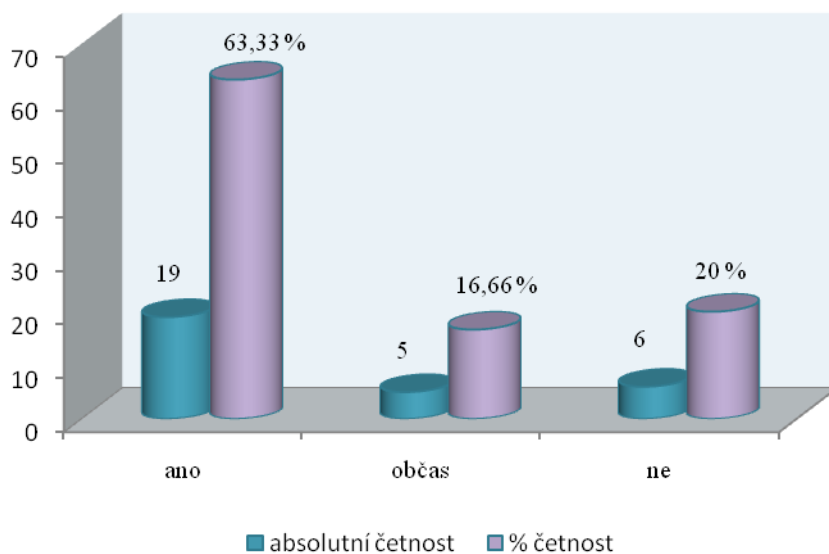
Graf č. 14 Vlastní (původní) rodina



Graf č. 15 Hodnocení vztahu s rodinou

Tabulka č. 12 Kontakt s rodinou

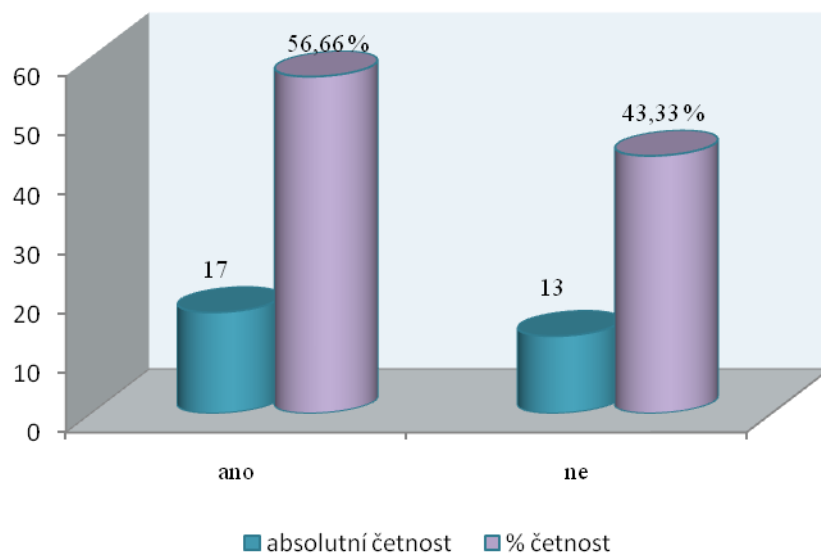
	absolutní četnost	% četnost
ano	19	63,33
občas	5	16,66
ne	6	20
celkem	30	100



Graf č. 16 Kontakt s rodinou

Tabulka č. 13 Četnost setkávání s rodinou

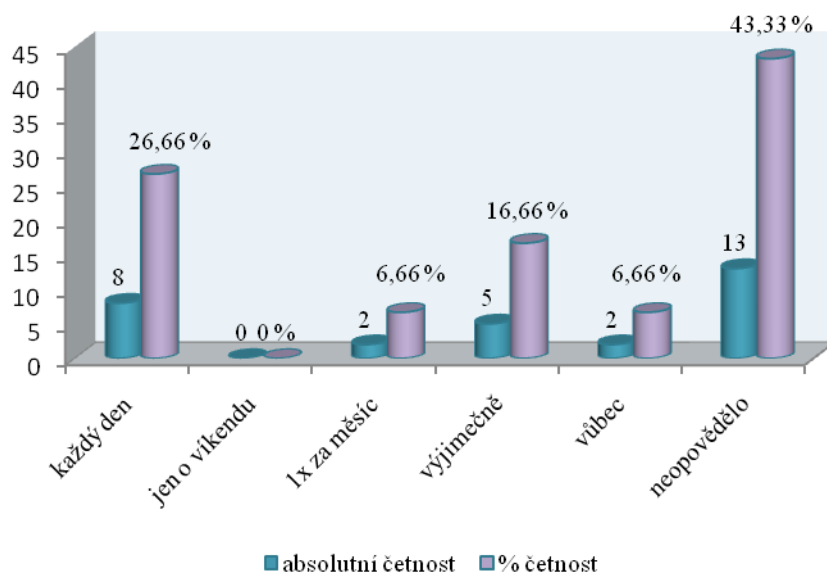
	absolutní četnost	% četnost
každý den	0	0
jen o víkendu	9	30
1x za měsíc	6	20
výjimečně	10	33,33
vůbec	5	16,66
celkem	30	100



Graf č. 17 Partnerské vztahy – vážná známost

Tabulka č. 14 Četnost setkávání s přítelem(kyní)

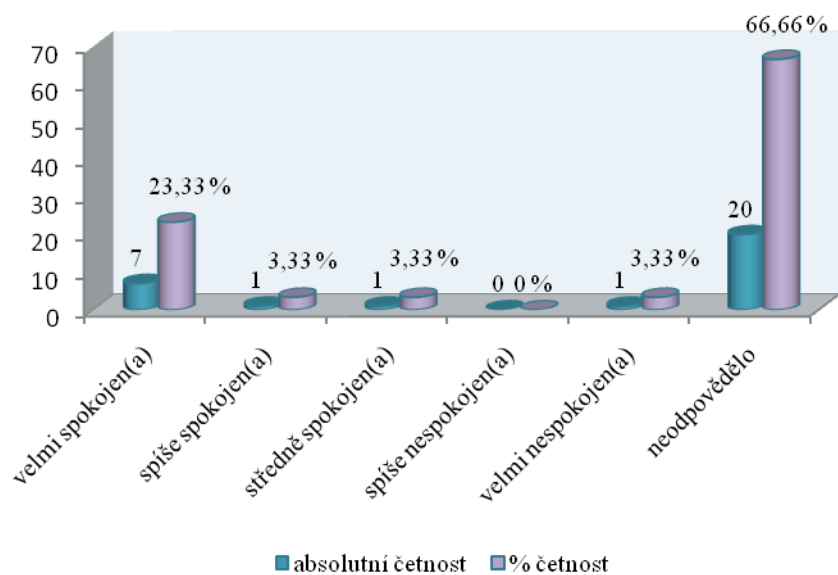
	absolutní četnost	% četnost
každý den	8	26,66
jen o víkendu	0	0
1x za měsíc	2	6,66
výjimečně	5	16,66
vůbec	2	6,66
neopovědělo	13	43,33
celkem	30	100



Graf č. 18 Četnost setkávání s přítelem(kyní)

Tabulka č. 15 Spokojenost s partnerským životem

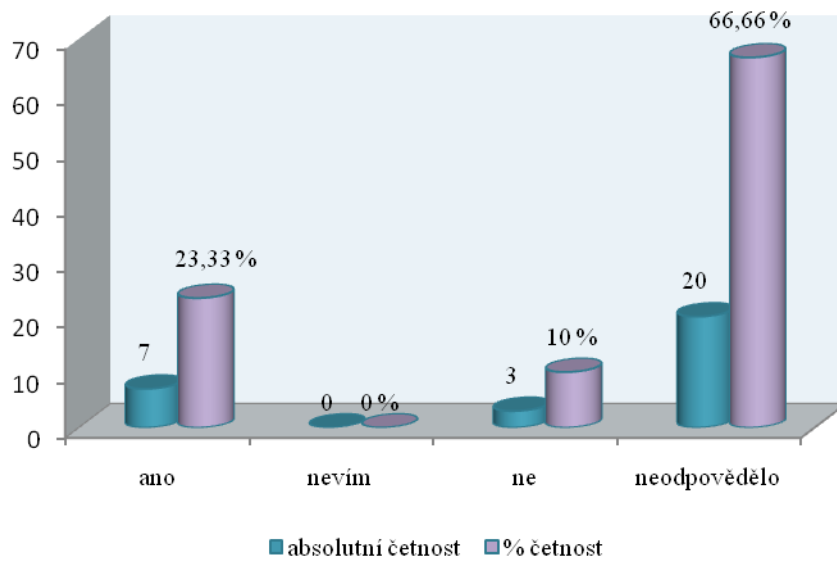
	absolutní četnost	% četnost
velmi spokojen(a)	7	23,33
spíše spokojen(a)	1	3,33
středně spokojen(a)	1	3,33
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	1	3,33
neodpovědělo	20	66,66
celkem	30	100



Graf č. 19 Spokojenost s partnerským životem

Tabulka č. 16 Partnerská budoucnost – společné soužití

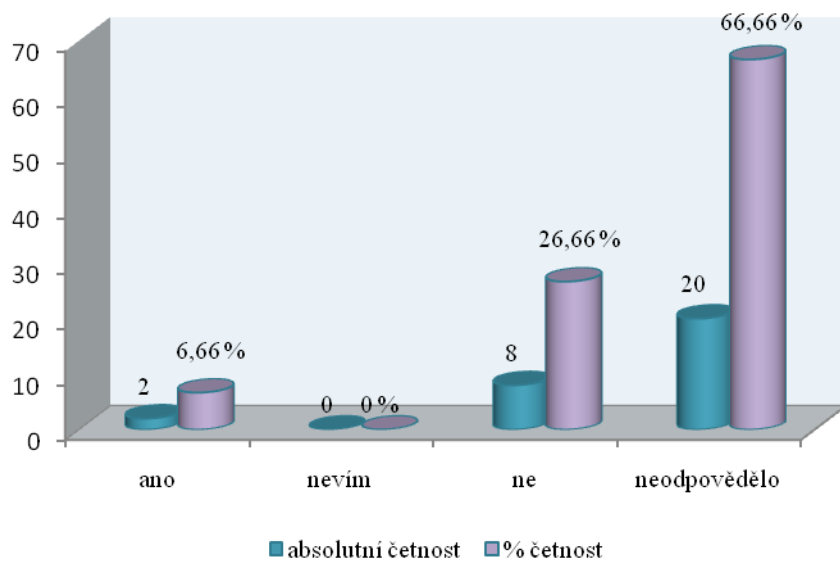
	absolutní četnost	% četnost
ano	7	23,33
nevím	0	0
ne	3	10
neodpovědělo	20	66,66
celkem	30	100



Graf č. 20 Partnerská budoucnost – společné soužití

Tabulka č. 17 Plánování dítěte

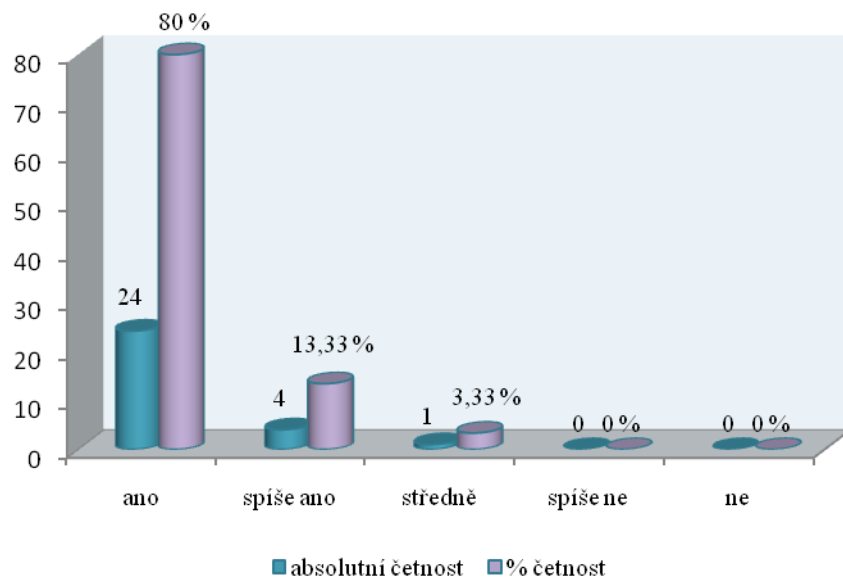
	absolutní četnost	% četnost
ano	2	6,66
nevím	0	0
ne	8	26,66
neodpovědělo	20	66,66
celkem	30	100



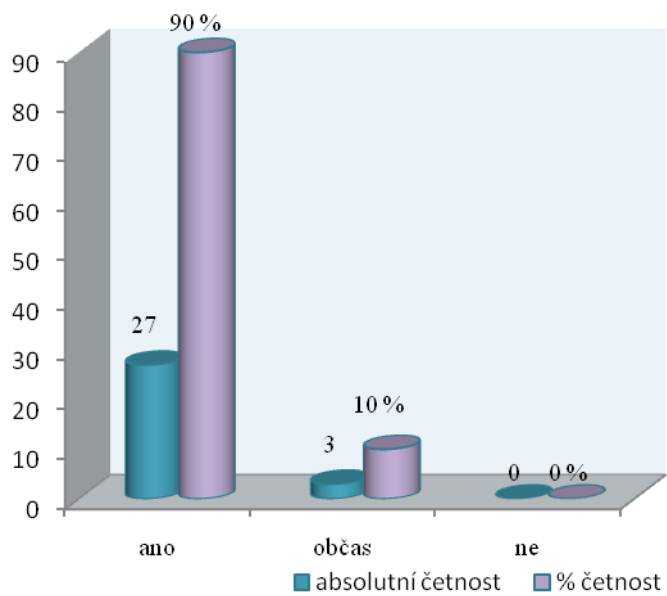
Graf č. 21 Plánování dítěte

Tabulka č. 18 Hodnocení vztahů v domově

	absolutní četnost	% četnost
výborné	17	56,66
docela dobré	7	23,33
středně dobré	6	20
spíše špatné	0	0
špatné	0	0
celkem	30	100



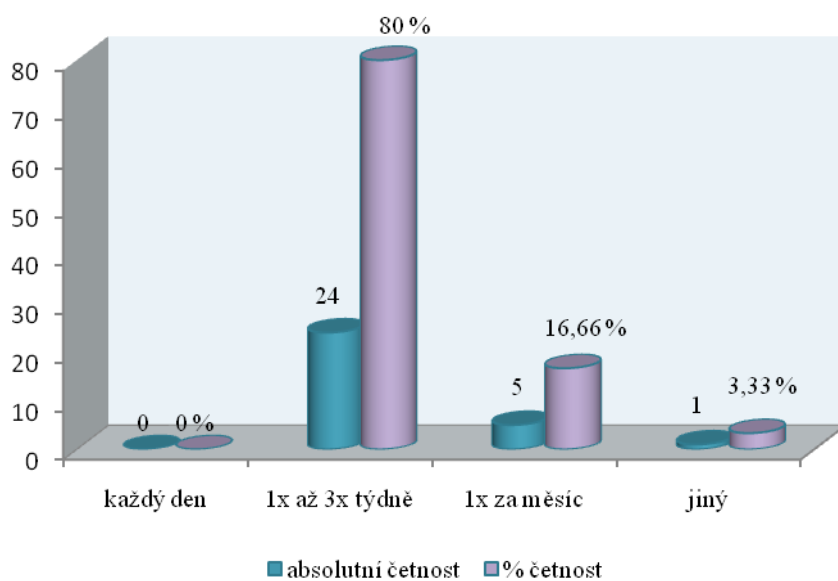
Graf č. 22 Volný čas v životě uživatelů



Graf č. 23 Využití volného času k vlastním zálibám

Tabulka č.19 Oblíbené aktivity respondentů

	absolutní četnost	% četnost
četba	11	12,79
pohybové aktivity	8	9,3
šití, vyšívání	11	12,79
vaření	4	4,65
sledování televize	15	17,44
odpočinek	18	20,93
jiné	19	22,1
celkem	86	100



Graf č. 24 Četnost navštěvování kroužků

Tabulka č. 20 Četnost navštěvování kroužků

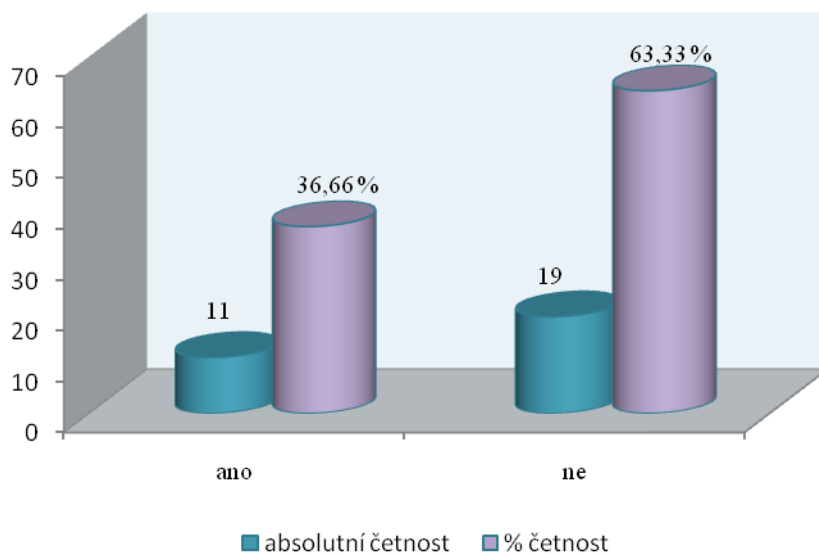
	absolutní četnost	% četnost
každý den	0	0
1x až 3x týdně	24	80
1x za měsíc	5	16,66
jiný	1	3,33
celkem	30	100

Tabulka č. 21 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit

	absolutní četnost	% četnost
ano	15	50
spíše ano	3	10
středně	5	16,66
spíše ne	1	3,33
ne	6	20
celkem	30	100

Tabulka č. 22 Nabídka volnočasových aktivit mimo zařízení domova

	absolutní četnost	% četnost
ano	11	36,66
ne	19	63,33
celkem	30	100



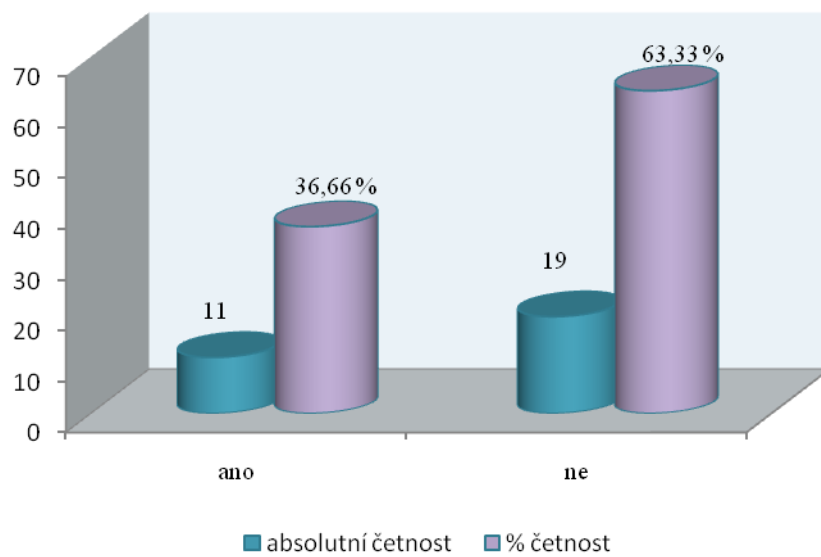
Graf č. 25 Nabídka volnočasových aktivit mimo zařízení domova

Tabulka č. 23 Volnočasové aktivity v budoucnu

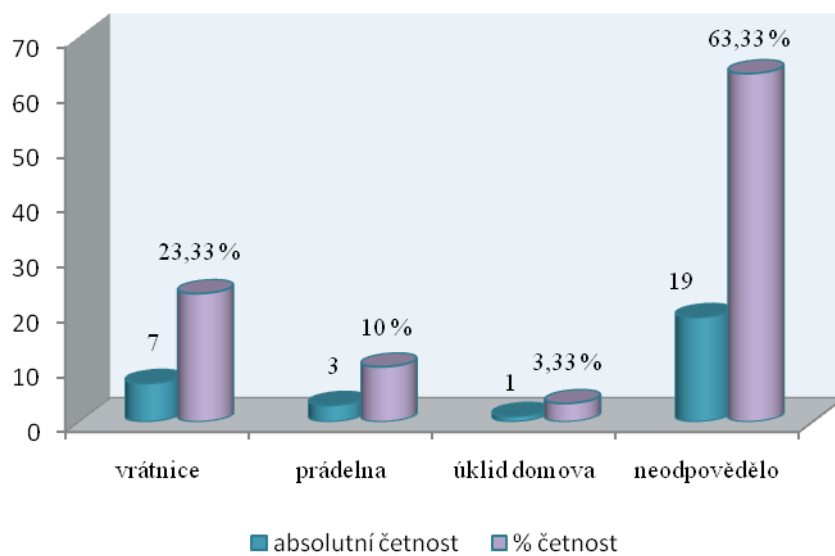
	absolutní četnost	% četnost
výtvarné aktivity	6	14,63
hudební aktivity	9	21,95
sportovní aktivity	6	14,63
ruční práce	4	9,75
práce s počítačem	9	21,95
jiné	2	4,87
neodpovědělo	5	12,19
celkem	41	100

Tabulka č. 24 Zaměstnání

	absolutní četnost	% četnost
ano	11	36,66
ne	19	63,33
celkem	30	100



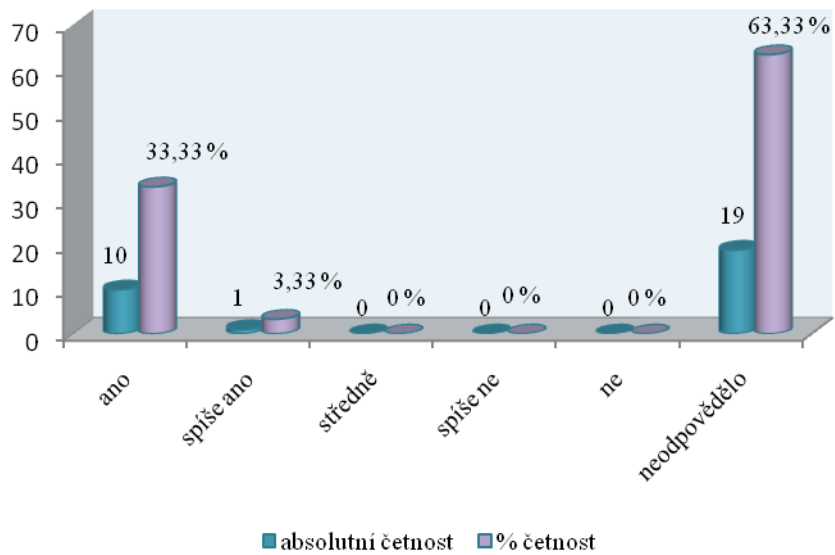
Graf č. 26 Zaměstnání



Graf č. 27 Současné zaměstnání

Tabulka č. 25 Spokojenost v zaměstnání

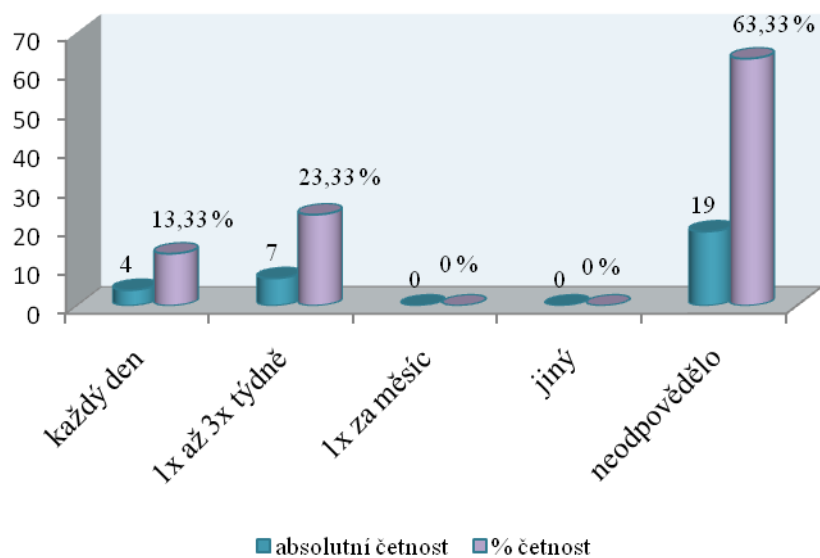
	absolutní četnost	% četnost
ano	10	33,33
spíše ano	1	3,33
středně	0	0
spíše ne	0	0
ne	0	0
neodpovědělo	19	63,33
celkem	30	100



Graf č. 28 Spokojenost v zaměstnání

Tabulka č. 26 Četnost docházení do zaměstnání

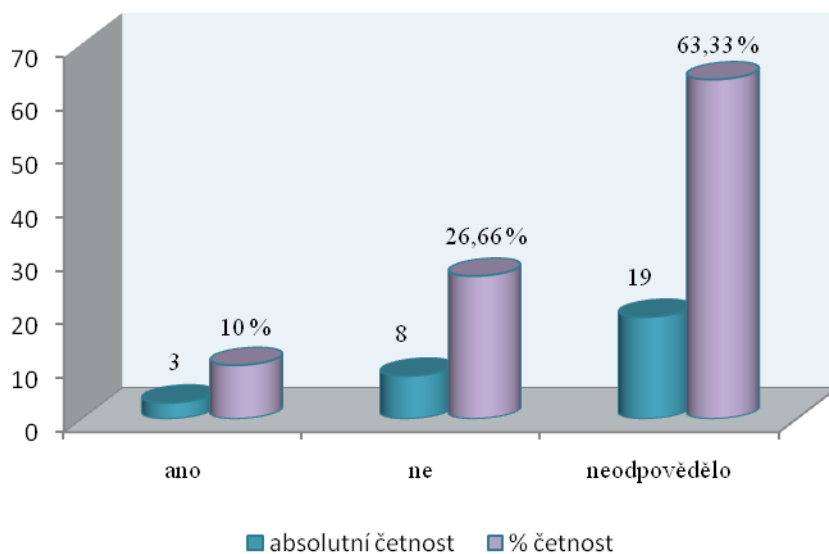
	absolutní četnost	% četnost
každý den	4	13,33
1x až 3x týdně	7	23,33
1x za měsíc	0	0
jiný	0	0
neodpovědělo	19	63,33
celkem	30	100



Graf č. 29 Četnost docházení do zaměstnání

Tabulka č. 27 Podpora v zaměstnání

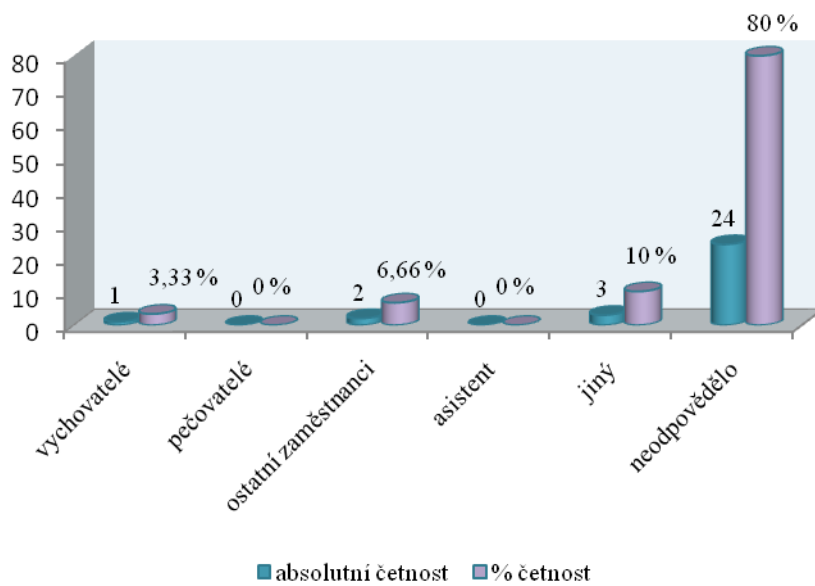
	absolutní četnost	% četnost
ano	3	10
ne	8	26,66
neodpovědělo	19	63,33
celkem	30	100



Graf č. 30 Podpora v zaměstnání

Tabulka č. 28 Poskytnutí podpory

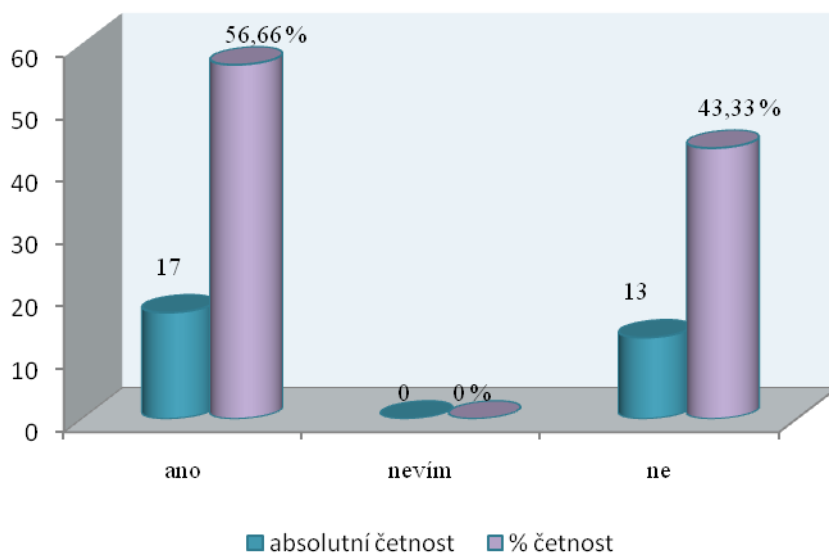
	absolutní četnost	% četnost
vychovatelé	1	3,33
pečovatelé	0	0
ostatní zaměstnanci	2	6,66
asistent	0	0
jiný	3	10
neodpovědělo	24	80
celkem	30	100



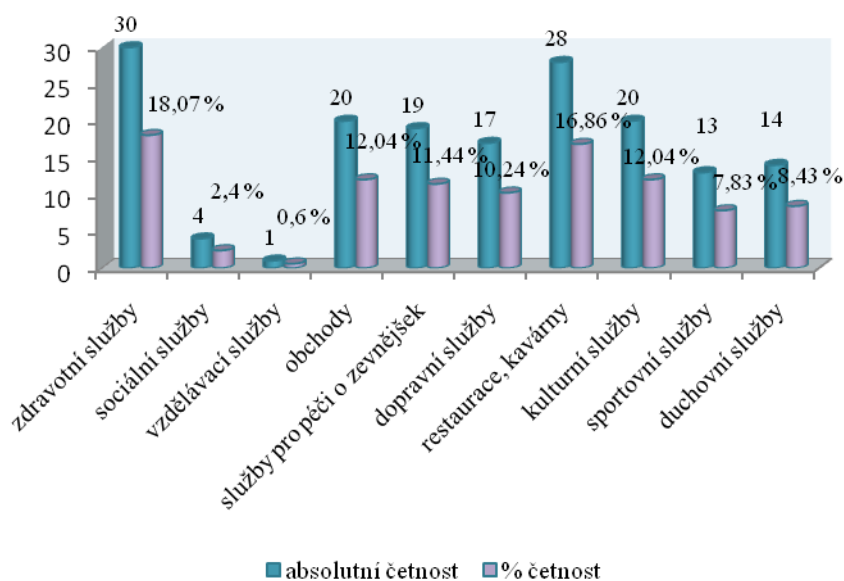
Graf č. 31 Poskytnutí podpory

Tabulka č. 29 Zaměstnání v budoucnu

	absolutní četnost	% četnost
ano	17	56,66
nevím	0	0
ne	13	43,33
celkem	30	100



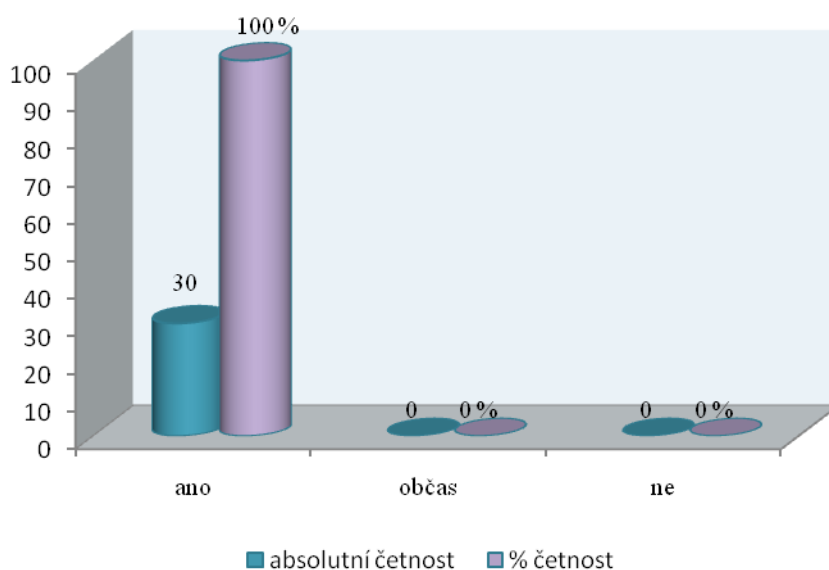
Graf č. 32 Zaměstnání v budoucnu



Graf č. 33 Nabídka služeb a jejich využívání

Tabulka č. 30 Využívání služeb v domově

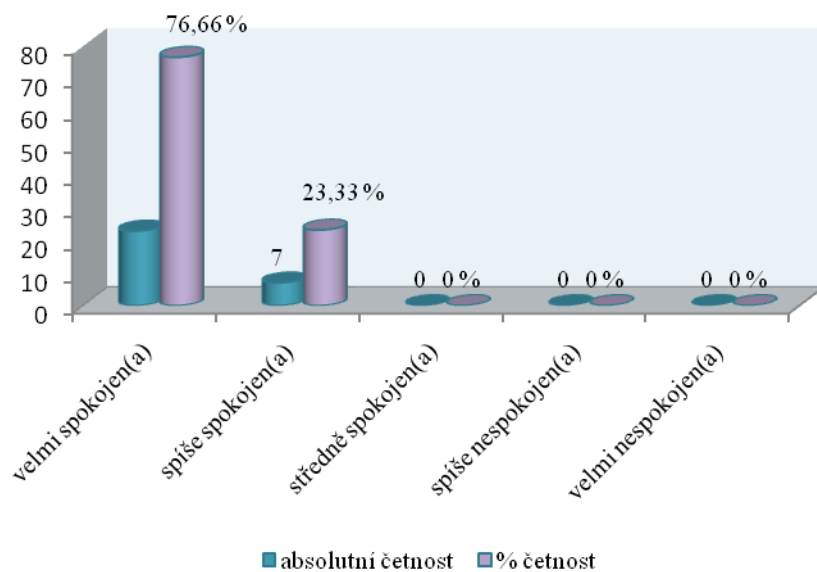
	absolutní četnost	% četnost
ano	30	100
občas	0	0
ne	0	0
celkem	30	100



Graf č. 34 Využívání služeb v domově

Tabulka č. 31 Spokojenost s kvalitou služby

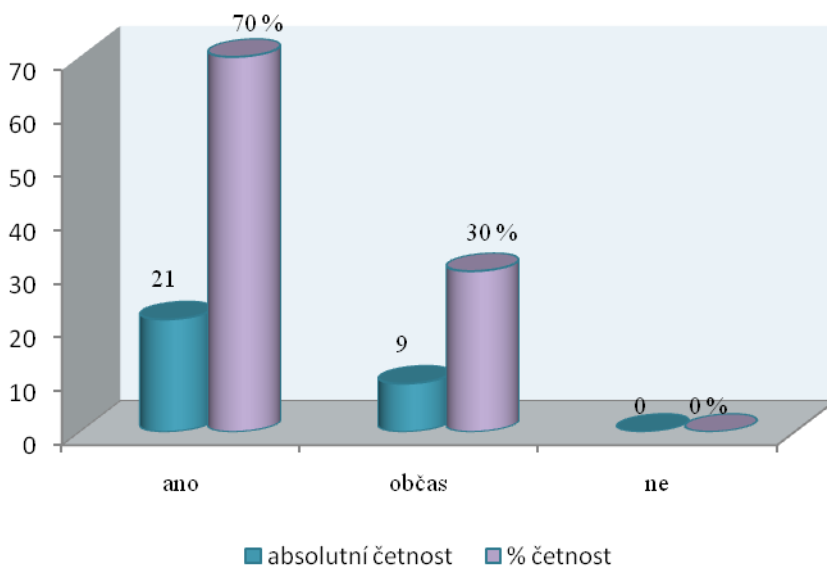
	absolutní četnost	% četnost
velmi spokojen(a)	23	76,66
spíše spokojen(a)	7	23,33
středně spokojen(a)	0	0
spíše nespokojen(a)	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0
celkem	30	100



Graf č. 35 Spokojenost s kvalitou služby

Tabulka č. 32 Využívání služeb mimo zařízení domova

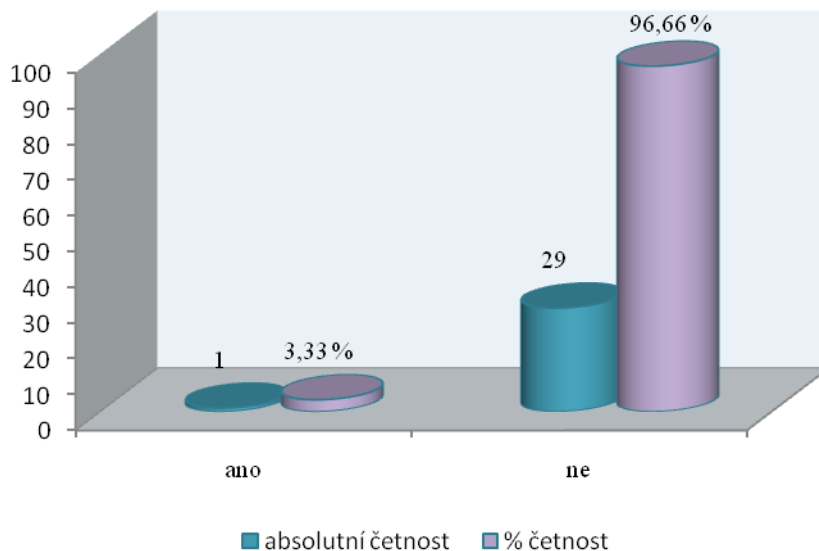
	absolutní četnost	% četnost
ano	21	70
občas	9	30
ne	0	0
celkem	30	100



Graf č. 36 Využívání služeb mimo zařízení domova

Tabulka č. 33 Asistenční služby

	absolutní četnost	% četnost
ano	1	3,33
ne	29	96,66
celkem	30	100

**Graf č. 37 Asistenční služby****Tabulka č. 34 Preference jednotlivých oblastí života**

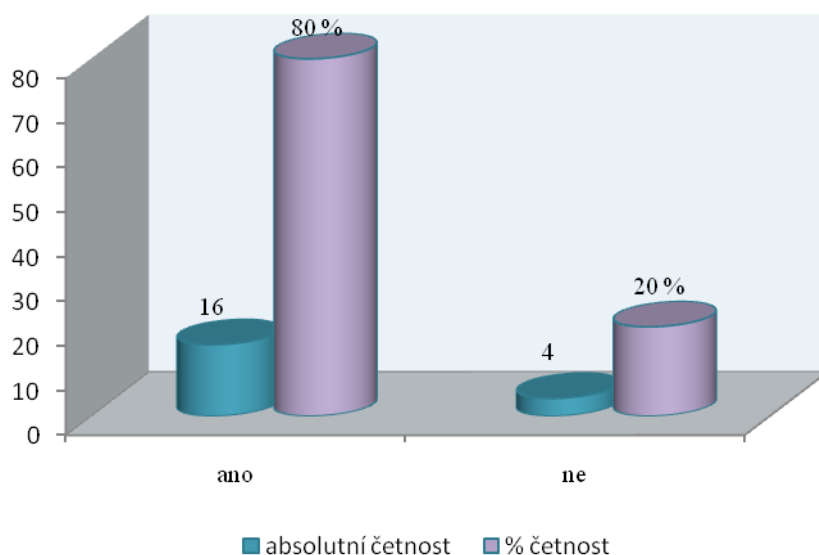
	absolutní četnost	% četnost
zdraví	8	26,66
úroveň soběstačnosti	3	10
bydlení	4	13,33
vzdělání	3	10
vztahy	7	23,33
volnočasové aktivity	2	6,66
zaměstnání	2	6,66
služby	1	3,33
celkem	30	100

Tabulka č. 35 Spokojenost se životem v zařízení

	absolutní četnost	% četnost
velmi	1	5
spíše ano	15	75
středně	4	20
spíše ne	0	0
vůbec ne	0	0
celkem	20	100

Tabulka č. 36 Zdravotní postižení způsobující jisté komplikace v životě

	absolutní četnost	% četnost
ano	16	80
ne	4	20
celkem	20	100



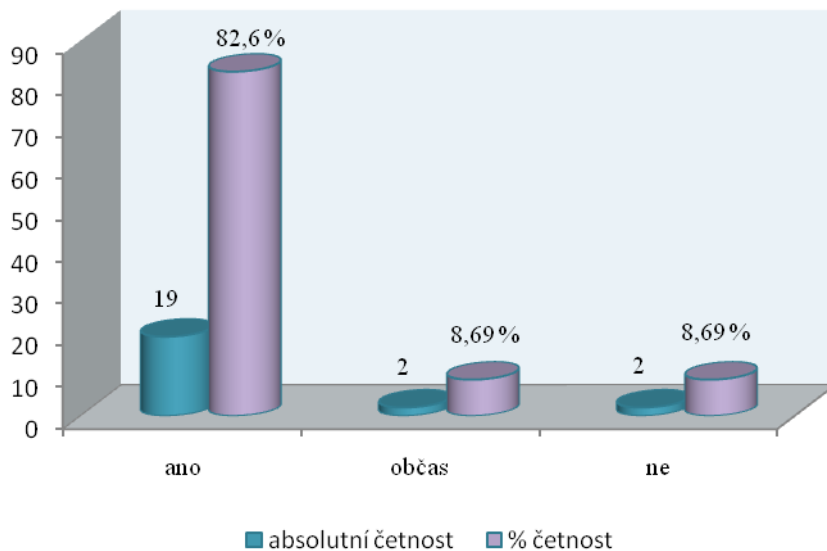
Graf č. 38 Zdravotní postižení způsobující jisté komplikace v životě

Tabulka č. 37 Soběstačnost uživatelů

	absolutní četnost	% četnost
velmi	1	4
spíše ano	1	4
středně	12	48
spíše ne	3	12
vůbec ne	8	32
celkem	25	100

Tabulka č. 38 Podpora ze strany druhých osob

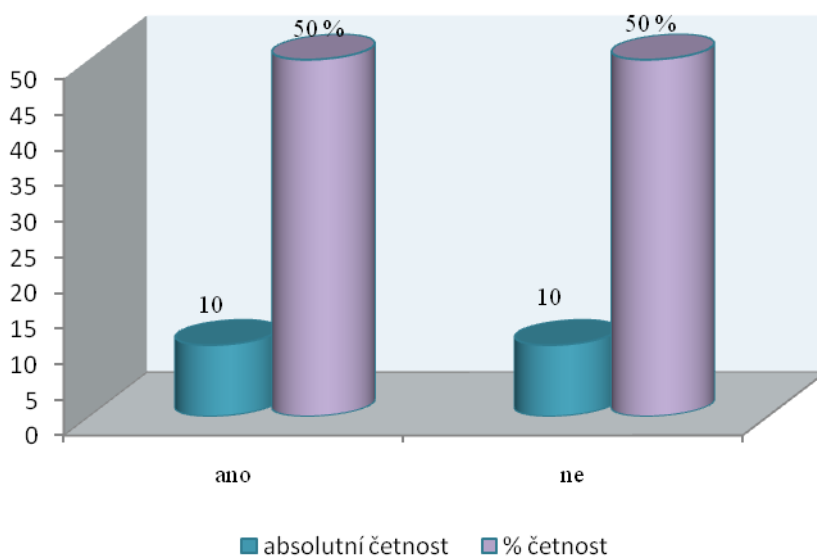
	absolutní četnost	% četnost
ano	19	82,6
občas	2	8,69
ne	2	8,69
celkem	23	100



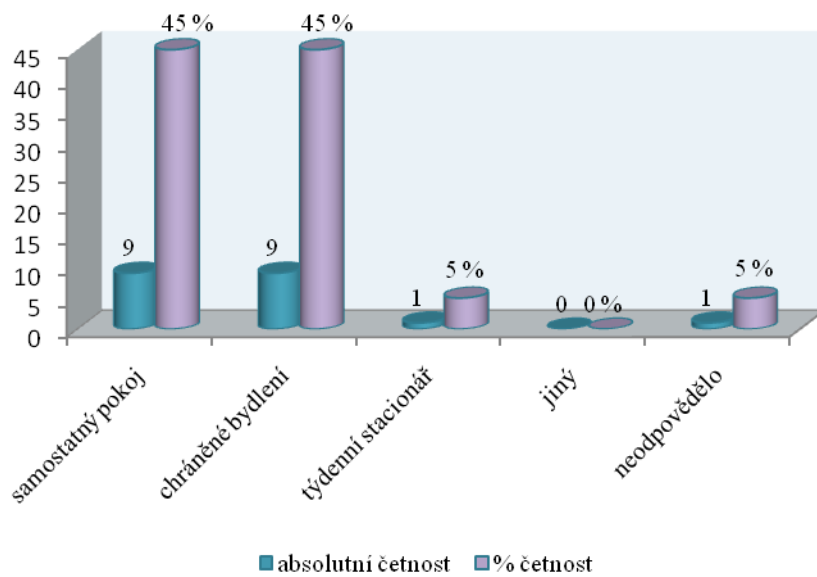
Graf č. 39 Podpora ze strany druhých osob

Tabulka č. 39 Bydlení ve vlastním pokoji

	absolutní četnost	% četnost
ano	10	50
ne	10	50
celkem	20	100



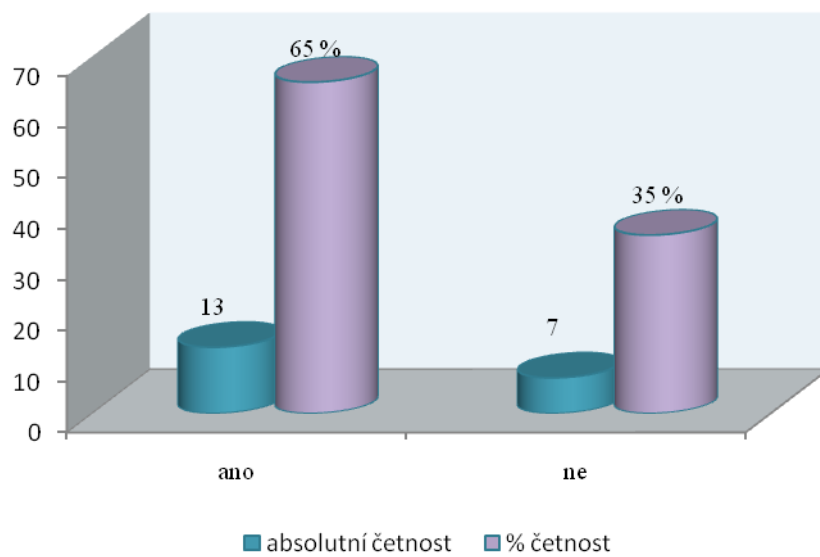
Graf č. 40 Bydlení ve vlastním pokoji



Graf č. 41 Alternativy bydlení

Tabulka č. 40 Ovlivnění kvality života dosaženým vzděláním

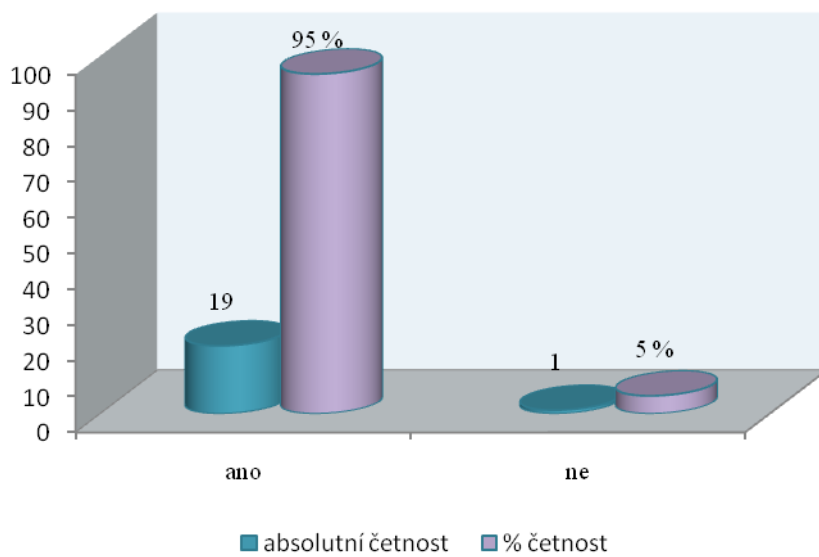
	absolutní četnost	% četnost
ano	13	65
ne	7	35
celkem	20	100



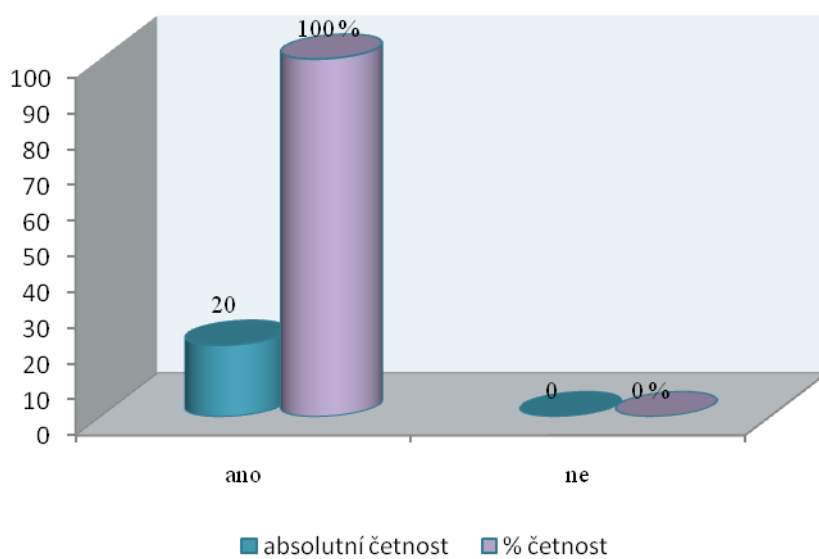
Graf č. 42 Ovlivnění kvality života dosaženým vzděláním

Tabulka č. 41 Podpora dalšího vzdělávání uživatelů

	absolutní četnost	% četnost
ano	19	95
ne	1	5
celkem	20	100



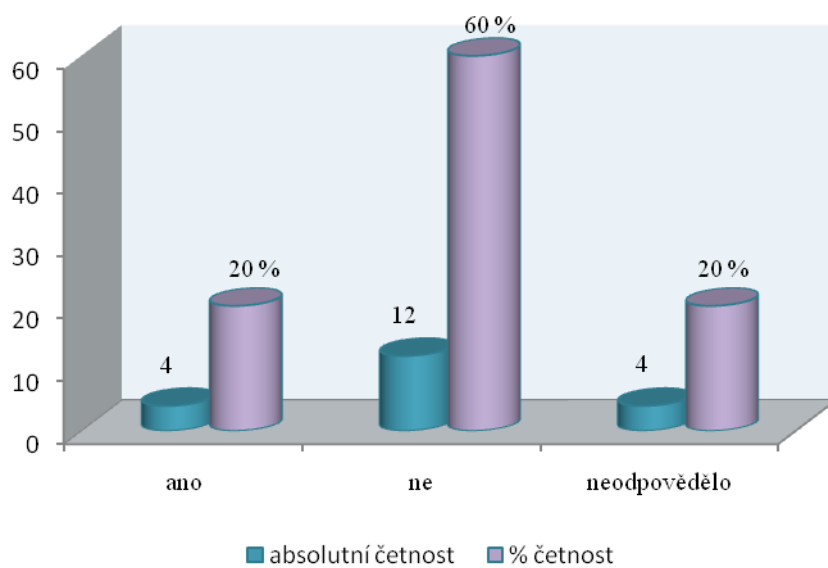
Graf č. 43 Podpora dalšího vzdělávání uživatelů



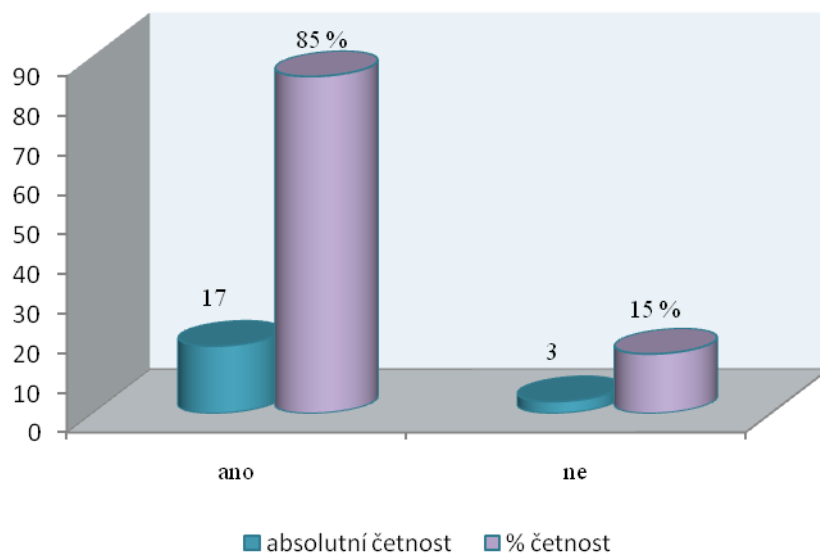
Graf č. 44 Význam rodiny, přátel

Tabulka č. 42 Zlepšování vztahů s rodinou

	absolutní četnost	% četnost
ano	4	20
ne	12	60
neodpovědělo	4	20
celkem	20	100



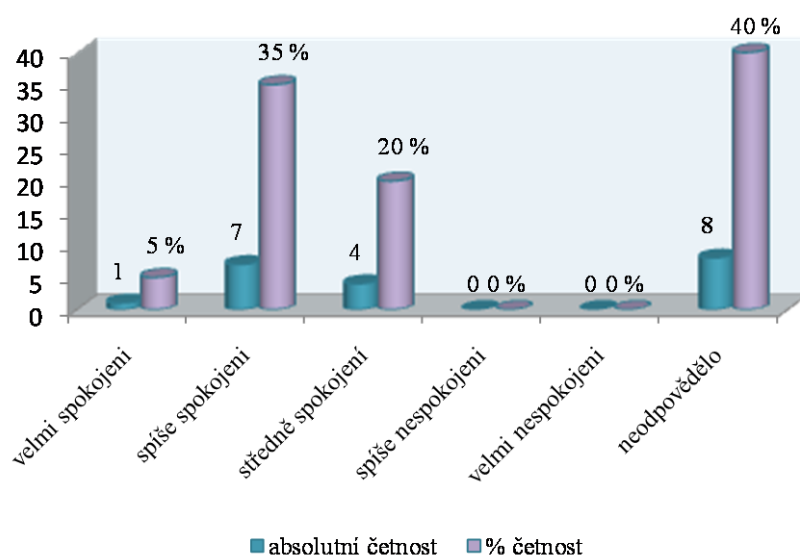
Graf č. 45 Zlepšování vztahů s rodinou



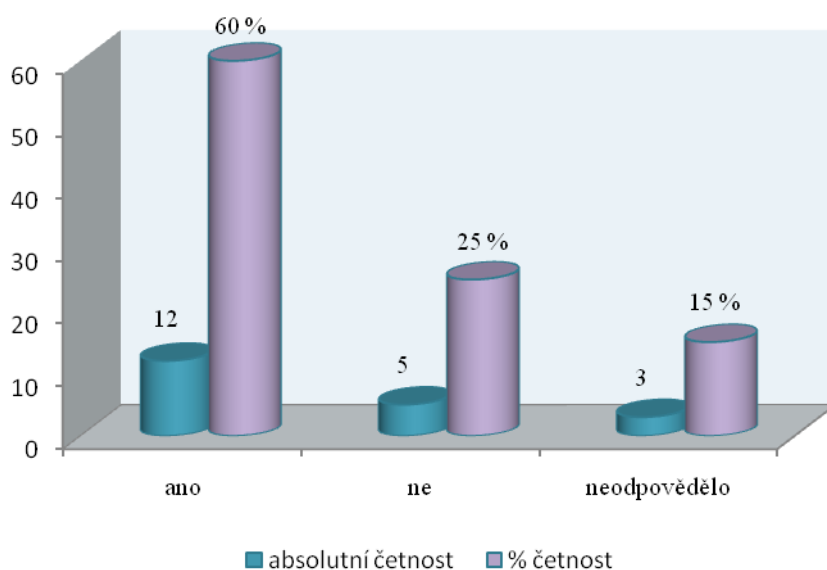
Graf č. 46 Partnerské vztahy

Tabulka č. 43 Spokojenost partnerským životem

	absolutní četnost	% četnost
velmi spokojeni	1	5
spíše spokojeni	7	35
středně spokojeni	4	20
spíše nespokojeni	0	0
velmi nespokojeni	0	0
neodpovědělo	8	40
celkem	20	100



Graf č. 47 Spokojenost s partnerským životem



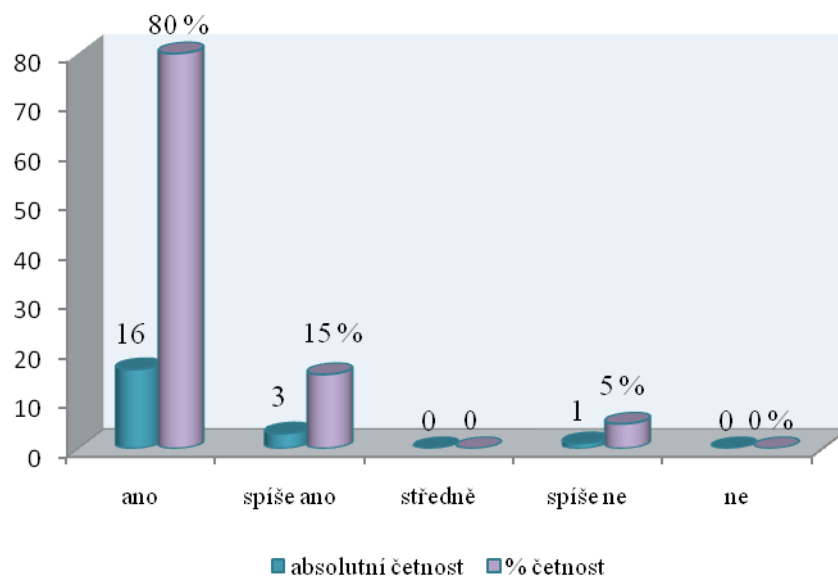
Graf č. 48 Partnerské soužití

Tabulka č. 44 Vztahy mezi uživateli z pohledu zaměstnanců

	absolutní četnost	% četnost
výborné	1	5
docela dobré	9	45
středně dobré	10	50
spíše špatné	0	0
špatné	0	0
celkem	20	100

Tabulka č. 45 Dostatek volného času v zařízení

	absolutní četnost	% četnost
ano	16	80
spíše ano	3	15
středně	0	0
spíše ne	1	5
ne	0	0
celkem	20	100



Graf č. 49 Dostatek volného času v zařízení

Tabulka č. 46 Nabídka volnočasových aktivit v domově i mimo domov

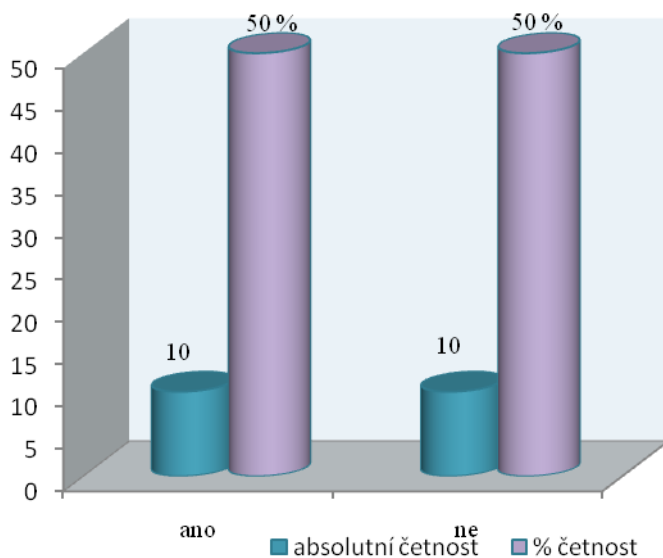
	absolutní četnost	% četnost
ano	20	100
ne	0	0
celkem	20	100

Tabulka č. 47 Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit

	absolutní četnost	% četnost
velmi spokojeni	4	20
spíše spokojeni	14	70
středně spokojení	2	10
spíše nespokojeni	0	0
velmi nespokojeni	0	0
celkem	20	100

Tabulka č. 48 Zájem o zaměstnání z pohledu zaměstnanců

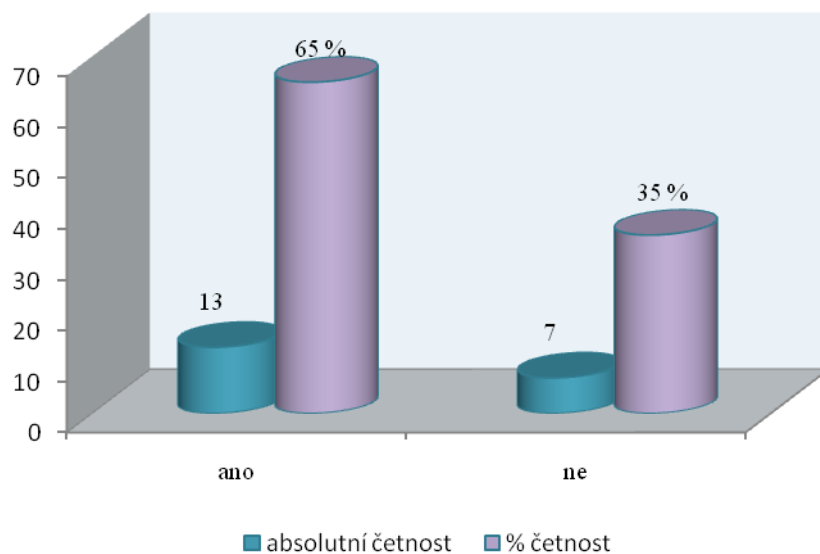
	absolutní četnost	% četnost
ano	10	50
ne	10	50
celkem	20	100



Graf č. 50 Zájem o zaměstnání z pohledu zaměstnanců

Tabulka č. 49 Možnost zaměstnání v domově

	absolutní četnost	% četnost
ano	13	65
ne	7	35
celkem	20	100



Graf č. 51 Možnost zaměstnání v domově

Tabulka č. 50 Poskytované služby v domově

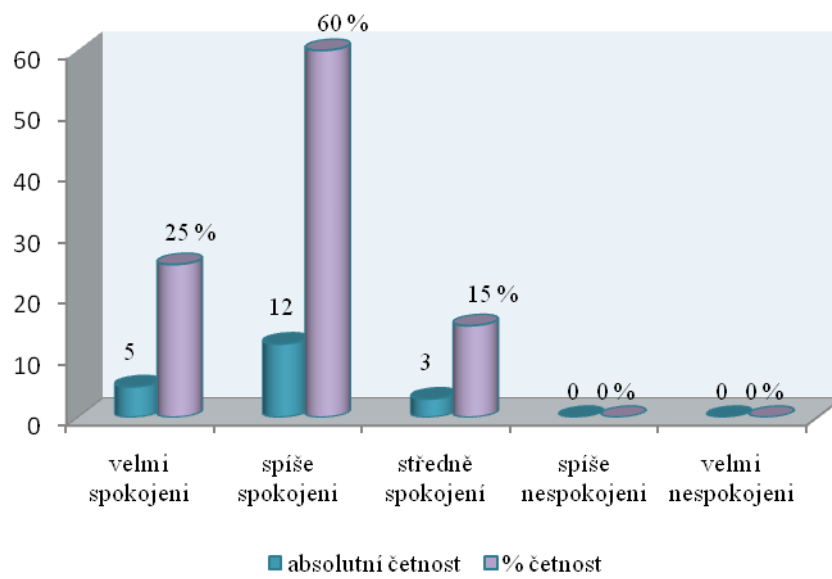
	absolutní četnost	% četnost
zdravotní služby	20	18,01
sociální služby	19	17,11
vzdělávací služby	7	6,3
obchody	5	4,5
dopravní služby	15	13,51
kulturní služby	16	14,41
sportovní služby	10	9
duchovní služby	13	11,71
asistenční služby	3	2,7
jiné	3	2,7
celkem	111	100

Tabulka č. 51 Poskytované služby mimo zařízení domova

	absolutní četnost	% četnost
zdravotní služby	2	3,92
sociální služby	1	1,96
vzdělávací služby	4	7,84
obchody	14	27,45
dopravní služby	5	9,8
kulturní služby	10	19,6
sportovní služby	3	5,88
duchovní služby	7	13,72
asistenční služby	2	3,92
jiné	3	5,88
celkem	51	100

Tabulka č. 52 Spokojenost s kvalitou služby

	absolutní četnost	% četnost
velmi spokojeni	5	25
spíše spokojeni	12	60
středně spokojení	3	15
spíše nespokojeni	0	0
velmi nespokojeni	0	0
celkem	20	100



Graf č. 52 Spokojenost s kvalitou služby